

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES
INDIVIDUAIS E COLETIVAS**

ROBERTO SANTOS DA SILVA

**A DELEGACIA DE POLÍCIA COMO PROMOTORA DA INTERAÇÃO ENTRE
SEGURANÇA PÚBLICA E O DIREITO À SAÚDE MENTAL**

SANTOS/SP

ROBERTO SANTOS DA SILVA

**A DELEGACIA DE POLÍCIA COMO PROMOTORA DA INTERAÇÃO ENTRE
SEGURANÇA PÚBLICA E O DIREITO À SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada à
Universidade Santa Cecília como
parte dos requisitos para a obtenção
do título de Mestre no Programa de
Pós-Graduação em Direito da Saúde,
sob a orientação da Prof^a Dr^a Renata
Salgado Leme.

SANTOS/SP

2024

Autorização de reprodução

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

362.2
S584d

Silva, Roberto Santos da.

A delegacia de polícia como promotora da interação entre segurança pública e o direito à saúde mental /Roberto Santos da Silva.

2024.

191 f.

Orientador: Dra. Renata Salgado Leme.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Santa Cecília, Programa de pós-graduação em Direito da saúde, Santos, SP, 2024.

1. delegacia de polícia. 2. deficiência intelectual. 3. transtorno mental. 4. segurança pública. 5. serviço de saúde mental. I. Leme, Renata Salgado. II. A delegacia de polícia como promotora da interação entre segurança pública e o direito à saúde mental.

ROBERTO SANTOS DA SILVA

**A DELEGACIA DE POLÍCIA COMO PROMOTORA DA INTERAÇÃO ENTRE
SEGURANÇA PÚBLICA E O DIREITO À SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas.

Aprovado

Santos, ____ de _____ 2024.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Renata Salgado Leme
Universidade Santa Cecília (Orientadora)

Prof^a. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto
Universidade Santa Cecília (Examinadora)

Prof. Dr. Luciano Pereira de Souza
Universidade Santa Cecília (Examinador)

Prof. Dr. David Pimentel Barbosa de Siena
Universidade Federal do ABC (Examinador)

"Mas eu não quero me encontrar com gente louca", observou Alice.

"Você não pode evitar isso", replicou o gato.

"Todos nós aqui somos loucos. Eu sou louco, você é louca".

"Como você sabe que eu sou louca?" indagou Alice.

"Deve ser", disse o gato, "Ou não estaria aqui".

Alice no País das Maravilhas

Lewis Carroll, 1865

Agradecimentos

Às três luzes que iluminam minha vida: minha amada esposa, Alessandra, e meus filhos, Guilherme e Ulisses, minha mais profunda gratidão. Sua compreensão e paciência diante de minha ausência nas atividades domésticas e momentos de lazer durante este projeto foram fundamentais. Além disso, o amor incondicional que demonstram, mesmo diante de minhas imperfeições como esposo e pai, foi imprescindível para a conclusão desta pesquisa e para a perpetuação de nosso vínculo familiar ao longo de nossas existências.

Agradeço *in memoriam* à minha mãe, Maria Claudete, que, diante de tantos obstáculos e carências de ordem social, econômica e de formação intelectual, me proporcionou os princípios, a educação, os recursos materiais e o amor incondicional necessários para que eu pudesse alcançar a felicidade.

Expresso minha profunda gratidão à professora doutora Renata Salgado Leme, cuja orientação foi marcada pela excelência, dedicação e uma visão crítica e oportuna. Sua orientação elevou o nível científico deste trabalho e inspirou meu crescimento acadêmico. Agradeço também aos colaboradores pedagógicos da Secretaria e a todo o corpo docente e discente da Universidade Santa Cecília pelo suporte e pela amizade construída ao longo deste percurso.

Por fim, expresso minha gratidão à Polícia Civil do Estado de São Paulo, instituição essencial e permanente, que me acolheu e permitiu meu contínuo aperfeiçoamento humano.

RESUMO

Esta pesquisa analisa a Delegacia de Polícia como porta de acesso à rede de atenção psicossocial, promovendo encaminhamentos de pessoas com deficiência intelectual e/ou transtorno mental para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). A interação entre segurança pública e saúde mental é refletida, considerando as situações em que essas pessoas atuam como vítimas, testemunhas, suspeitos ou autores de infrações penais. A pesquisa delimita-se ao estudo do direito à saúde, especialmente das pessoas com transtornos mentais e/ou deficiência intelectual, quando sujeitas aos serviços policiais. A problemática central consiste em avaliar se as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que são direitos de todos e dever do Estado, podem (ou devem) ser aplicadas no âmbito da segurança pública, oportunizando o acesso ao serviço de saúde mental. Inicialmente, são contextualizados os aspectos históricos e jurídicos relacionados às pessoas com deficiência, com uma análise específica das pessoas com deficiência intelectual e/ou transtorno mental. Em seguida, reflete-se sobre a vulnerabilidade dessas pessoas e o dever do Estado de promover a igualdade e o acesso à saúde como direito fundamental. A pesquisa examina os instrumentos jurídicos que garantem direitos fundamentais às pessoas com deficiências, destacando o papel do SUS, a Lei nº 10.216/2001, e o trabalho em rede dos RAPS e CAPS. O estudo aborda o funcionamento da Polícia Civil, sua missão e relação com pessoas com deficiência intelectual, em diversos papéis. Foram analisadas situações de encaminhamento de pessoas da área de saúde para a Polícia Civil, em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos e violência, e a análise legal e administrativa do encaminhamento da Delegacia de Polícia para a área da saúde mental de pessoas com deficiência intelectual e/ou transtorno mental. Adota-se o método dedutivo, com procedimentos bibliográficos e documentais, consultando legislação, doutrina e artigos científicos. A pesquisa é qualitativa, comparando fontes, conceitos e normatividade jurídica, à luz do referencial teórico. Concluiu-se que há uma carência de dispositivos normativos que viabilizem expressamente o encaminhamento de pessoas da Delegacia de Polícia para a área de saúde mental. No entanto, isso não impede que os Delegados de Polícia realizem tais encaminhamentos, aproveitando a atividade interpretativa e o contexto de integração dos serviços para promover o direito à saúde mental. Normas legais e administrativas, especialmente no Estado de São Paulo, já permitem o encaminhamento de pessoas com deficiência mental ou transtornos para a rede de proteção. O Estado precisa estabelecer um comando legal claro para facilitar esses encaminhamentos pelas unidades policiais.

Palavras-chave: delegacia de polícia; deficiência intelectual; transtorno mental; segurança pública, serviço de saúde mental

ABSTRACT

This research analyzes the Police Station as an access point to the psychosocial care network, facilitating the referral of individuals with intellectual disabilities and/or mental disorders to the Psychosocial Care Centers (CAPS). The interaction between public security and mental health is examined, considering situations where these individuals act as victims, witnesses, suspects, or perpetrators of criminal offenses. The study is focused on the right to health, particularly concerning individuals with mental disorders and/or intellectual disabilities, when they come into contact with police services. The central issue is to evaluate whether the actions and services for the promotion, protection, and recovery of health—which are the rights of all and the duty of the State—can (or should) be applied within the scope of public security, thereby enabling access to mental health services. Initially, the historical and legal aspects related to persons with disabilities are contextualized, with a specific analysis of individuals with intellectual disabilities and/or mental disorders. Following this, the vulnerability of these individuals and the State's duty to promote equality and access to health as a fundamental right are reflected upon. The research examines the legal instruments that guarantee fundamental rights to individuals with disabilities, highlighting the role of the SUS (Unified Health System), Law No. 10.216/2001, and the network work of RAPS and CAPS. The study addresses the functioning of the Civil Police, its mission, and its relationship with individuals with intellectual disabilities in various roles. Cases of referrals from the health sector to the Civil Police in situations of suspected or confirmed abuse and violence were analyzed, along with the legal and administrative examination of referrals from the Police Station to the mental health sector for individuals with intellectual disabilities and/or mental disorders. The deductive method is adopted, with bibliographic and documentary procedures, consulting legislation, doctrine, and scientific articles. The research is qualitative, comparing sources, concepts, and legal norms, in light of the theoretical framework. It was concluded that there is a lack of normative provisions that explicitly enable the referral of individuals from the Police Station to the mental health sector. However, this does not prevent Police Delegates from making such referrals, utilizing interpretative activity and the context of service integration to promote the right to mental health. Legal and administrative norms, especially in the State of São Paulo, already allow the referral of individuals with mental disabilities or disorders to the protection network. The State needs to establish a clear legal mandate to facilitate these referrals by police units.

Keywords: police station; intellectual disability; mental disorder; public safety; mental health service

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAIDD - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
ACADEPOL - Academia da Polícia Civil
AD - Álcool e Drogas
ADI Ação Declaratória de Inconstitucionalidade
APA - American Psychiatric Association
BO - Boletim de Ocorrência
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CDPD - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CID-11- Classificação Internacional de Doenças, edição n. 11
CIEVS - Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde -
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidades
CP - Código Penal
CPP - Código de Processo Penal
CRM - Conselho Regional de Medicina
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DI – Deficiência Intelectual
DGP - Delegado Geral de Polícia
DP - Delegacia de Polícia
DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, edição n.5
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML – Instituto Médico Legal
IPI - Imposto sobre Produtos Industrializados
IPVA - Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores
GM - Gabinete do Ministro
MS - Ministério da Saúde
LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Queer ou Questionando, Intersexuais, Assexuais, (+) outras identidades.
LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais

OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
OMPI - Organização Mundial da Propriedade Intelectual
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Panamericana da Saúde
PCD – pessoa com deficiência
PCSP - Polícia Civil do Estado de São Paulo
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Redes de Atenção à Saúde
REBRACIM - Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos
REBRATS - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
REGESUS - Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde
RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RENAVEH - Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
RNPAVC - Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral
RNTC - Rede Nacional de Terapia Celular
UPIAS - The Union of the Physically Impaired Against Segregation
UBS – Unidade Básica de Saúde
SENAD - Serviço Nacional de Assistência aos Deficientes
SEPCD - Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS - Sistema único de Saúde
SSP - Secretaria de Segurança Pública
SVS - Vigilância em Saúde e Ambiente
TEA - Transtorno do Espectro Autista
UA - Unidades de Acolhimento
UBS - Unidades Básicas de Saúde
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| CAPÍTULO 1. PESSOA COM DEFICIÊNCIA: CONCEITO, ASPECTOS HISTÓRICOS E JURÍDICOS..... | 15 |
| 1.1 Conceito de pessoa com deficiência | 15 |
| 1.2 Jus-historicidade geral da pessoa com deficiência como sujeito de direitos | 23 |
| 1.3 Jus-historicidade brasileira da pessoa com deficiência como sujeito de direitos..... | 40 |
| 1.4 Conceito de deficiência intelectual e transtorno mental..... | 49 |
| CAPÍTULO 2. PESSOA COM DEFICIÊNCIA: VULNERABILIDADE, DIREITO FUNDAMENTAL E SUS..... | 60 |
| 2.1 Vulnerabilidade das pessoas com deficiência e dimensões da igualdade | 61 |
| 2.2 A saúde como “direito fundamental social” para as pessoas com deficiência: entre a reserva do possível e o mínimo existencial..... | 66 |
| 2.2.1 Direito fundamental social | 70 |
| 2.2.2 Eficácia limitada e reserva do possível nos direitos fundamentais sociais | 72 |
| 2.2.3 Eficácia imediata dos direitos fundamentais ao mínimo existencial | 74 |
| 2.2.4 Instrumentos que efetivam o direito fundamental à saúde das pessoas com deficiência..... | 77 |
| 2.3 SUS, Lei n. 10.216 e trabalho em rede (RAPS e CAPS) no âmbito da saúde mental | 87 |
| 2.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)..... | 87 |
| 2.3.2 Importância da Lei n. 10.216 no contexto do SUS | 92 |
| 2.3.3 Trabalho em rede na saúde mental | 99 |
| CAPÍTULO 3. DELEGACIA DE POLÍCIA: ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO AO SUS | 110 |
| 3.1 Comunicação à autoridade policial: a saúde encaminhando à segurança pública | 112 |
| 3.2 Papel das Delegacias de Polícia na segurança pública | 119 |
| 3.2.1 Delegacia de Polícia..... | 120 |
| 3.2.2 Polícia Civil do Estado de São Paulo | 123 |
| 3.2.3 Funções da Polícia Civil..... | 125 |
| 3.2.4 Polícia Civil como instituição garantidora de direitos fundamentais..... | 129 |
| 3.3 Pessoa com deficiência intelectual ou transtornos mentais na Delegacia de Polícia | 136 |
| 3.3.1 Enquanto vítima de infrações penais | 138 |
| 3.3.2 Enquanto testemunha de infrações penais..... | 143 |
| 3.3.3 Enquanto suspeito/autor de infrações penais | 144 |
| 3.3.4 Enquanto usuário buscando orientações extrapenais | 146 |
| 3.4 Comunicação policial: a segurança pública encaminhando ao SUS..... | 149 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 156 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 159 |
| APÊNDICE A – Protocolo de encaminhamento ao CAPS | 189 |
| APÊNDICE B – Ofício de encaminhamento ao CAPS | 190 |

INTRODUÇÃO

A interação entre a segurança pública e a saúde mental é um tema complexo e relevante, especialmente no contexto das Delegacias de Polícia e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Com frequência, pessoas com deficiência intelectual e transtornos mentais buscam atendimento nas Delegacias de Polícia, seja como vítimas, testemunhas, suspeitos ou autores de infrações penais. No entanto, apesar da evidente necessidade de suporte em saúde mental, essas pessoas frequentemente não são encaminhadas para os serviços de saúde adequados, como previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988, que assegura a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário.

Esta dissertação de mestrado, intitulada "A Delegacia de Polícia como promotora da interação entre segurança pública e o direito à saúde mental", propõe-se a investigar as possibilidades normativas e práticas de encaminhamento de indivíduos com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais das Delegacias de Polícia para os CAPS. A pesquisa se desenvolve em três capítulos principais, abordando, inicialmente, o conceito, os aspectos históricos e jurídicos das pessoas com deficiência, incluindo a deficiência intelectual e os transtornos mentais.

No primeiro capítulo, são explorados os conceitos e a jus-historicidade das pessoas com deficiência, destacando a evolução do tratamento dessas pessoas ao longo da história, desde a exclusão até a atual fase de inclusão social. Este capítulo contextualiza a importância de compreender os direitos das pessoas com deficiência e os desafios enfrentados na promoção de sua dignidade e inclusão.

O segundo capítulo enfoca a vulnerabilidade das pessoas com deficiência e o direito fundamental à saúde. São discutidos os instrumentos jurídicos que garantem esses direitos, como a Lei n. 10.216/2001, que regula a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, e a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) através das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos CAPS. A reflexão sobre a vulnerabilidade e a reserva do possível destaca a necessidade de políticas públicas eficazes para garantir o acesso à saúde como um direito fundamental.

O terceiro capítulo analisa a estrutura, organização e funcionamento das Delegacias de Polícia, com ênfase na Polícia Civil do Estado de São Paulo. São

abordadas as funções das Delegacias de Polícia, incluindo seu papel na proteção de direitos fundamentais, e a intersecção entre a segurança pública e a saúde mental. Este capítulo investiga as possibilidades de encaminhamento de pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais para os CAPS, destacando as normas administrativas e legais que já permitem esse tipo de encaminhamento.

A pesquisa tem por objetivo geral contribuir para a compreensão das unidades policiais, em particular as Delegacias de Polícia, na promoção da dignidade da pessoa humana, ampliando a prestação estatal integral. Isso inclui não apenas o serviço público específico relacionado à segurança pública, mas também uma visão que contempla o indivíduo, além do fenômeno criminológico, como sujeito de direitos, especialmente no que se refere ao direito à saúde mental e/ou intelectual. Os objetivos específicos se organizam em identificar os principais conceitos, normas e/ou teorias jurídicas, sociais, criminológicas, administrativas, constitucionais e filosóficas que possam harmonizar, descrever, sistematizar e caracterizar serviços e atividades públicas voltadas à segurança e à saúde da pessoa com deficiência intelectual ou com transtornos mentais; refletir sobre a dignidade da pessoa humana, as modalidades de acesso à rede de atenção psicossocial (RAPS), a relação entre vulnerabilidade, deficiência e transtornos, bem como as interações entre segurança pública e pessoas com transtornos mentais ou deficiência intelectual, considerando os pontos de intersecção na Polícia Civil do Estado de São Paulo; e, por fim, propor o aperfeiçoamento dos instrumentos normativos que visem à eficiência dos serviços destinados à promoção da dignidade das pessoas com deficiência na área da saúde mental.

A pesquisa adota o método dedutivo, com levantamentos bibliográficos e documentais, consultando a legislação, doutrina e artigos científicos relacionados à Polícia Civil do Estado de São Paulo. De natureza qualitativa, o estudo compara fontes, conceitos e normatividade jurídica, à luz do referencial teórico, buscando uma compreensão integrada das necessidades e direitos das pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais.

A relevância desta pesquisa acadêmica está em reunir, sob um mesmo enfoque, diversos conceitos, classificações e teorias sobre a intersecção entre direito, serviço público e saúde, testando estudos previamente realizados no meio acadêmico. A importância em termos de política criminal reside na busca pelo aperfeiçoamento

das ferramentas e informações atuais, de forma a manter e ampliar o acesso dos atores envolvidos no processo criminal, durante a fase investigativa, ao serviço público de saúde.

CAPÍTULO 1. PESSOA COM DEFICIÊNCIA: CONCEITO, ASPECTOS HISTÓRICOS E JURÍDICOS

A compreensão da relação comunicacional existente entre o sistema de saúde, representado pelas UBS (Unidades Básicas de Saúde), e o sistema de segurança pública, representado pelas Delegacias de Polícia, está inserida no contexto de inclusão da pessoa com deficiência visando incrementar os espaços de exercício de sua cidadania, que é dever do Estado.

Esse contexto inclusivo da pessoa com deficiência, no exercício de direitos e fruição de serviços e equipamentos públicos, não foi desde sempre presente na história da humanidade, ao contrário, se ainda hoje os desafios para efetivar a inclusão em todos os âmbitos existenciais da pessoa com deficiência persistem, no início dos tempos, o destino da pessoa com deficiência, na maioria das vezes, era a morte, quando não a sua anulação enquanto ser humano, escondido da sociedade, vivia e morria como se não existisse, segregado.

Antes de adentrar nessa necessária digressão histórica convém assentar o que seja pessoa com deficiência. A conceituação do que seja pessoa com deficiência irá variar conforme a lente científica determinante dessa episteme.

1.1 Conceito de pessoa com deficiência

São diversos os prismas científicos que, conforme a área do conhecimento, destacará seu objeto de estudo no conceito de pessoa com deficiência.

Nesta constelação de compreensões, vale o entendimento de Araújo (1997, p. 38) para quem a definição de pessoa deficiente não é feita pela falta de um membro nem da visão ou audição reduzidas e sim pela dificuldade de se relacionar, de se integrar na sociedade. O grau de dificuldade de se relacionar, de se integrar na sociedade, ou seja, o grau de dificuldade para integração social é que definirá quem é ou não portador de deficiência. Importante frisar que a falha, a falta, não se situa no indivíduo, mas em seu relacionamento com a sociedade.

Outros pesquisadores, com viés sociológico, compreendem que "pessoa com deficiência" é um termo que envolve questões sociais e políticas relacionadas a diferença e diversidade humana, segundo Morris, *apud* Piccolo e Mendes (2012):

[...] a deficiência não é um produto de falhas individuais, mas um fenômeno socialmente criado, por isso, as explicações para a mudança de seu caráter opressivo devem ser buscadas na transformação da sociedade. A distinção feita pela Upias, excelente por sinal, entre deficiência e lesão pode ser retratada com um exemplo modular. A incapacidade de andar representa uma lesão, enquanto que a incapacidade de entrar em um edifício, pois a entrada apenas pode ser realizada por um lance de degraus, é uma deficiência. Definição lacônica, mas extremamente efetiva para um repensar do fenômeno abordado.

Na CIF (Classificação Internacional de Funcionalidades, edição de 2008, p. 23-25) a ênfase no conceito de deficiência está nos aspectos médicos (biológicos) e, neste sentido, o manual de classificação traz algumas contextualizações e explicações para a compreensão de seu objeto, sob a ótica da medicina. Vejamos:

(5) As deficiências correspondem a um desvio dos padrões populacionais geralmente aceitos no estado biomédico do corpo e das suas funções. A definição dos seus componentes é feita principalmente por aqueles qualificados para julgar a função física e mental, de acordo com esses padrões.

(6) As deficiências podem ser temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. O desvio em relação ao modelo baseado na população pode ser leve ou grave e pode flutuar ao longo do tempo. Essas características são consideradas nas descrições adicionais, principalmente nos códigos, aos quais são acrescentados qualificadores – separados dos códigos por um ponto.

(7) As deficiências não têm uma relação causal com a etiologia ou com a forma como se desenvolveram. Por exemplo, a perda da visão ou de um membro pode resultar de uma anomalia genética ou de uma lesão. A presença de uma deficiência implica necessariamente uma causa. No entanto, a causa pode não ser suficiente para explicar a deficiência resultante. Da mesma forma, quando há uma deficiência, há uma disfunção das funções ou estruturas do corpo, mas isto pode estar relacionado a qualquer doença, distúrbio ou estado fisiológico.

(8) As deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente.

(9) As deficiências são mais amplas e mais abrangentes no seu escopo do que distúrbios ou doenças. Por exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência de uma estrutura do corpo, mas não um distúrbio ou doença.

(10) As deficiências podem originar outras deficiências. Por exemplo, a diminuição da força muscular pode prejudicar as funções de movimento; as funções cardíacas podem estar relacionadas ao déficit das funções respiratórias, e uma percepção prejudicada pode estar relacionada às funções do pensamento.

Deste apanhado referencial é possível concluir que a “deficiência”, na medicina, é resultado de uma estatística antropométrica populacional, no qual é aceito como normal o indivíduo dentro da métrica, considerando seu desvio padrão (*vide* item 5 acima). Ainda, nesta perspectiva biológica, importante a afirmação de que

“deficiências podem originar outras deficiências” (*vide* item 10 acima), sendo a deficiência primária a causa de deficiências secundárias, fator este que justifica, também no campo médico, a inserção da pessoa com deficiência como vulnerável e, por isso, destinatária de discriminações positivas, instituídas por políticas públicas, como veremos adiante.

Além das lesões, que estão no próprio corpo humano, a deficiência é fruto de fatores ambientais (individual e social) que afetam a independência e participação da pessoa com lesão na sociedade, aspectos reafirmados pelo CIF (2008, p. 28):

Os fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e de atitudes nas quais as pessoas vivem e conduzem sua vida. Esses fatores são externos aos indivíduos e podem ter uma influência positiva ou negativa sobre seu desempenho enquanto membros da sociedade, sobre a capacidade do indivíduo de executar ações ou tarefas, ou sobre a função ou estrutura do corpo do indivíduo.

(1) Os fatores ambientais são organizados na classificação tendo em vista dois níveis distintos:

(a) Individual – no ambiente imediato do indivíduo, inclusive em espaços como o domicílio, o local de trabalho e a escola. Esse nível inclui as características físicas e materiais do ambiente em que o indivíduo se encontra, bem como o contato direto com outros indivíduos como família, conhecidos, colegas e estranhos.

(b) Social – estruturas sociais formais e informais, regras de conduta ou sistemas predominantes na comunidade ou sociedade que têm um impacto sobre os indivíduos. Este nível inclui organizações e serviços relacionados ao ambiente de trabalho, atividades comunitárias, órgãos governamentais, serviços de comunicação e de transporte e redes sociais informais bem como leis, regulamentações, regras formais e informais, atitudes e ideologias.

Essa ampliação da visão médica, para além dos tecidos, anatomia e dinâmica corporal, levando em conta fatores ambientais (individual e social) para formar o conceito de deficiência mostra uma evolução da medicina em sua compreensão do ser humano, paciente, enquanto ser que vive em constante interação, sendo que fatores como família e serviços dos órgãos governamentais podem agravar, manter ou superar deficiências, tendo, portanto, significativo impacto sobre as pessoas com lesões.

Em seu aspecto filosófico, a professora Barbosa-Fohrmann (2017, p. 10) nos explica que Foucault descreve que a deficiência, ao longo da história da humanidade, foi compreendida como monstruosidade e assim tratada aos longos dos séculos, vejamos:

Foucault nos ensina, em suas aulas de 1974-75 sobre Os Anormais, que o discurso das instâncias de poder político, médico e judicial da anormalidade nesse período histórico foi caracterizado como “grotesco” ou “ubuesco”, isto é, tais instâncias de poder fundavam seus discursos com base no pressuposto da desqualificação do sujeito sobre o qual se fala. Para Foucault, esse posicionamento do poder não é um incidente, falha ou mera coincidência histórica, mas, sim, intencionalmente produzido pelas instâncias de controle de poder político, médico e judicial. O sujeito, considerado “desqualificado” e, portanto, “anormal”, era, para as instituições detentoras de poder, um transgressor da lei. Seu desejo de violá-la é “correlativo de uma falha, de uma ruptura, de uma fraqueza, de uma incapacidade do sujeito”. Entre os monstros, os anormais incapazes, do ponto de vista das instâncias de poder, lista Foucault o “leproso”, o “pestilento”, “o masturbador”, o “homossexual”, o “déspota”, o “incestuoso”, o “obcecado”, o “perverso”, o “imbecil”, o “coxo e outras aberrações”.

E Barbosa-Fohrmann (2017, p. 12-13) conclui que, segundo Foucault, o sistema médico e judicial se utilizava da “desumanização” da pessoa com deficiência como forma de justificar sua exclusão social:

Em nossa interpretação de Foucault, os anormais, os “monstros humanos” se referem aos sujeitos com múltiplas formas de deficiência física, mental ou intelectual. Em seu discurso, tais indivíduos, historicamente considerados “monstros humanos”, foram segregados ou excluídos do sistema jurídico, que os colocou, em todo o evoluir histórico, até o século XIX, onde termina a sua análise, à margem do quadro de normalidade jurídica. O sistema jurídico, por não encontrar em si fundamentos justificados da deficiência, ignorou ou apelou a um outro sistema de referência, eclesiástico ou médico, para justificar a aplicação da lei. Nesse sentido, as múltiplas formas de deficiência não tinham como serem normalizadas, pois eram, pelo sistema jurídico, consideradas infratoras, infratoras das classificações formais e existenciais do que foi historicamente considerado como “normal”. Nascer e existir como deficiente, de acordo com a nossa análise de Foucault, era, em sua origem, uma subversão, pois contra natural, contra biológico, contra cosmológico, contra religioso, contra jurídico, *contra legem*. Assim é que os sistemas jurídico e médico, as duas instâncias de poder principais trabalhadas por Foucault em Os Anormais, desqualificaram, descapacitaram e desumanizaram o ser nascido com alguma forma de deficiência. Desumanizando-o, tais instâncias de poder acabaram por desconhecê-lo, excluí-lo ou segregá-lo. Essa é a interpretação mais evidente.

Cabe registrar que essas categorias da normalidade e anormalidade podem variar não só no tempo e no espaço, mas também dentro de determinados nichos, como é o caso de determinados profissionais e atletas, a depender da doença ou lesão, muitas vezes adquirida na prática da atividade profissional ou esportiva, essas pessoas são consideradas deficientes para o desempenho específico daquela atividade, por seu próprio grupo social. Não sem razão há autores que deslocam o problema da deficiência para a sociedade e não para o indivíduo, surgindo o que se

denomina de “modelo social da deficiência”, conforme nos explica França (2013, p. 62):

Advém do sociólogo Paul Hunt (1966) a primeira publicação elaborada por pessoas com deficiência, que teve por objetivo debater as limitações sociais vividas por essas pessoas para além das questões autobiográficas e principalmente médicas. É também atribuída a Hunt a pioneira articulação política de pessoas com deficiência na Inglaterra, em torno do que ficou posteriormente conhecido como movimento das pessoas com deficiência (Barnes e Mencer, 1996). Nesse contexto, nasceu a UPIAS - *The Union of the Physically Impaired Against Segregation* - entidade responsável pela concepção de deficiência como um fenômeno de natureza social.

Importante compreender os conceitos de lesão (*impairment*) e deficiência (*disability*), segundo a UPIAS (1976: 20):

[...] lesão como a falta completa ou parcial de um membro ou ter um membro, órgão ou uma função do corpo com defeito; e deficiência como a desvantagem ou restrição de atividade causada pela organização social contemporânea que não (ou pouco) leva em consideração as pessoas que possuem uma lesão, e assim as exclui da participação das atividades sociais.

Nessa perspectiva a deficiência é uma categoria complexa que envolve não apenas limitações físicas ou mentais, mas, a interação das lesões com discriminação e exclusão social.

Essas categorias conceituais ampliam a compreensão de “pessoa com deficiência”, entretanto, em que pesem as valiosas contribuições desses conceitos, ante a necessidade de reforçar a inclusão e dignidade inerente das pessoas com deficiência, é imperioso lembrar que o Estado e cada pessoa individualmente considerada tem o dever de atuar sobre a realidade, evitando que correntes ideológicas já superadas, renasçam sob novas fundamentações, como aconteceu na Alemanha Nazista, que em 1939 lançou o “programa Aktion T4”, de assassinatos de pessoas doentes ou indesejáveis, que foi peça fundamental no aparato estatal do III Reich, colocando em prática as ideias eugênicas da “pseudociência de Galton” (AZEVEDO e KOEHLER, 2021, p.3).

Outra importante contribuição, para a multiplicidade de perspectivas sobre pessoa com deficiência está no Direito do Trabalho, com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), no artigo 1º da Convenção nº 159, apresenta o trabalho

subordinado (emprego) como valor que se sobressai no conceito de pessoa com deficiência, nestes termos:

Art. 1º Para efeito desta Convenção, entende-se como “pessoa deficiente” todas as pessoas cujas possibilidades de obter e conservar um emprego adequado e de progredir no mesmo fiquem substancialmente reduzidas devido a uma deficiência de caráter físico ou mental devidamente comprovada.

Justamente por essa constelação de perspectivas científicas, cada qual destacando em seu olhar, seu foco de interesse, que o conceito jurídico agrega, para além das perspectivas sociológicas, filosóficas e médicas, também o reforço na igualdade e dignidade da pessoa humana, como imperativo a ser observado pelo Estado, ao registrar os direitos da pessoa com deficiência, tendo a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência, a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, artigos que complementam o conceito inicial, sem abrir mão do destaque à igualdade e dignidade, conforme expresso em seus artigos 2º, 8º e 10 que assim dispõem:

Art. 2º. Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.¹

Art. 8º. É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Art. 10. Compete ao poder público garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda a vida.

¹ O conceito acima é uma evolução do conceito contido na Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assinada em Nova York, em 30 de março de 2007, assimilada no ordenamento interno, após o tramite de incorporação (assinatura, ratificação pelo congresso nacional, promulgação pelo presidente da república, depósito do instrumento de ratificação no organismo internacional), ratificada pelo Brasil em 2009, que em seu artigo 1º, assim conceitua pessoa com deficiência: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”.

O artigo 2º agrega em si a multiplicidade de perspectivas, inicialmente do ponto de vista médico, ao considerar “pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial”. Mas, não é só o indivíduo que é deficiente, pois, o grau de sua deficiência, como já foi afirmado, poderá ser acentuado ou superado “em interação com uma ou mais barreiras” que são criadas pela própria sociedade ao estabelecer sua dinâmica social, construindo, no âmbito público e privado (pois a atividade privada também é regulada por normas jurídicas), equipamentos, edificações, acessos, instrumentos e recursos.

A maior de todas as barreiras é a cultural, isto é, a perspectiva como o ser humano trabalha, modifica, interage e vive com seu meio ambiente, considerando o ser humano parte deste mesmo ambiente. Assim, engenheiros e arquitetos ao projetarem edificações, estradas, calçadas, praças, equipamentos públicos e privados, devem ter em mente a existência da pessoa com deficiência. No mesmo sentido os professores, os médicos, os juristas, os políticos, filósofos e todos os segmentos profissionais que compõe a sociedade. No âmbito privado, na educação informal e em todos os demais processos de socialização, a existência da pessoa com deficiência deveria ser um fator inerente às suas emanções existenciais.

São essas barreiras, que têm origem no modo de ser e viver, isto é, na cultura e que, a partir dela, migram para as transformações tangíveis (em edifícios, ruas, métodos de aprendizagem, terapias, artes etc), que podem “obstruir sua participação plena e efetiva” da pessoa com deficiência “na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Esquemáticamente pessoas com deficiência têm contra si a soma de três fatores estruturantes da deficiência de ordem biológica, social e jurídica, respectivamente assim apresentados no art. 2º da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência, a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015:

impedimento de longo prazo + interação com barreiras + ausência de isonomia

Agir sobre cada um desses fatores é promover inclusão, cidadania, saúde e todas as dimensões valorativas da dignidade da pessoa humana.

Justamente por reconhecer a importância do fator cultural e jurídico, como formadores do conceito de pessoa com deficiência, que a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, diz que “efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação...”, entre outros exemplificadamente expressos no rol do artigo 8º, é “dever do Estado, da sociedade e da família”, indicando inclusive a fonte normativa desse dever, a saber: a Constituição Federal, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e as leis e outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Esse dever estatal não se esgota com a gestação bem sucedida da pessoa, em seu estado intrauterino (pelo serviço de pré-natal), ou no nascimento (pelo serviço de parto), ou em seus primeiros anos de vida (com os serviços de pediatria). Não se trata de uma obrigação temporal que possa ser abandonada após a conclusão dos estudos (serviços de pedagogia) ou em certo estágio de vida (infância, adolescência, juventude, adultez, velhice), ao contrário, segundo os termos da lei “compete ao poder público garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda a vida”, ou seja, durante a sua existência.

O conceito de pessoa com deficiência e os direitos de defesa de sua dignidade, apresentados pela a Lei nº 13.146/2015, traduzem uma visão desenvolvida, inclusiva e que valoriza a pessoa com deficiência como sujeito de direito, em igualdade de direitos e obrigações, destinatário de serviços e políticas públicas que garantam sua dignidade desde a concepção, gestação, parto e perdura ao longo da sua vida.

A concepção desses direitos não nasceu de maneira espontânea, mas, ao contrário, é resultado de um processo lento e gradual, com momentos de rupturas, avanços, estagnações e retrocessos, que obriga um olhar para o passado para concluir que, ainda hoje, o Estado, a sociedade e a família pode ser vetor de expansão dessa dignidade, bem como de rupturas, estagnações e retrocessos.

Sem fugir ao foco desta pesquisa, que é constatar a presença da necessidade e legitimidade do encaminhamento da pessoa com deficiência intelectual e transtornos mentais, da unidade policial civil para os serviços de saúde, faz-se necessário entender o surgimento da pessoa com deficiência como sujeito de direito, fato recente e que, culturalmente, encontra diversas dificuldades para sua efetivação, razão de uma necessária digressão no tempo.

1.2 Jus-historicidade geral da pessoa com deficiência como sujeito de direitos

A história da pessoa com deficiência é permeada por preconceitos e exclusão, mas também por lutas e conquistas. Neste sentido, é importante analisar os aspectos históricos e jurídicos relacionados a essa temática.

Conforme aponta Lamas (2021, p. 70) “complexo é abordar a deficiência na Idade Antiga (3100 a.C. – 476), pois, não existia essa categoria oficial de pessoas, tal como a caracterizamos hoje”, todavia, pode-se afirmar, com base em estudos da mesma autora, que predominava uma visão negativa da pessoa com deficiência, que não era vista como um membro pleno da sociedade, ao contrário, frequentemente era excluída e marginalizada, quando não morta logo após constatar sinais de deficiência quando do nascimento, portanto, o infanticídio era a regra. Na Grécia antiga, por exemplo, a deficiência era vista como um castigo divino ou uma marca de inferioridade moral, o que resultava em exclusão social e falta de oportunidades educacionais e econômicas (ROSA, 2007, p. 13-16), sendo retratado como monstros e figuras grotescas na arte, literatura e religiosidade da época.

Platão, que viveu na Grécia antiga (427 a.C. a 348 a.C), em sua obra "A República", apresenta uma concepção negativa sobre a deficiência, valorizando o culto ao corpo saudável e à mente saudável. Segundo Mendonça (2020, p.2):

O pensamento platônico também vem de encontro com as crianças que chegavam ao mundo. Elas eram pré-selecionadas logo após o nascimento. Se fosse portadora de alguma deformidade física e mental, deveriam ser abandonadas nas montanhas ou outros lugares distantes para que morressem devoradas por animais ou morresse de frio, fome. Crianças com deficiências não deveriam ter o direito de viver, para não contaminar a sociedade.

Platão “valorizava o culto ao corpo, ao belo, ao forte” (MENDONÇA, 2020, p.7 e 10), sua doutrina era seletiva e eugenista:

Platão defendia e ordenava que as crianças que tivessem alguma doença, deveria ser descartada por seus pais ou outras pessoas, em um lugar desconhecido e secreto. Quanto aquelas que tivessem alguma deficiência deveriam ser largadas à própria sorte em lugares também desconhecidos para o encontro com a morte. [...]

A ideia do abandono dessas crianças era tão forte e certa que existia assessores do filósofo que percorriam as casas para realizar as avaliações nas crianças e ordenavam a retirada delas do convívio social, através de seus métodos de descarte e assim, acreditavam que estavam

melhorando a raça humana. Platão pregava que a medicina deveria ser para os indivíduos que possuíam um corpo perfeito. [...]

Platão considerava que, aquele que não fosse capaz de viver desempenhando as funções que lhe são próprias, não deveria viver. Se assim fosse ele ficaria dependendo da sociedade e está estaria ligada ao Estado e o indivíduo não poderia sucumbir a este tipo de assistência, pois ele seria caro e este indivíduo não iria servi-lo como era de praxe. Platão compara o ser humano ao animal irracional, considerando que da mesma forma que os animais eram selecionados para poderem ter as melhores crias, os magistrados deveriam promover o casamento entre homens e mulheres aptos a gerarem filhos robustos para que fossem úteis aos objetivos do Estado. Sendo que, ao Estado, caberia evitar o casamento entre “débeis mentais”, visto que os de má formação seriam eliminados. Desta feita vê-se, o fato mais marcante na sociedade grega em relação às pessoas com deficiências foi a prática da eliminação.

Essa visão de Platão era coerente com a crença geral da época, de que a deficiência era uma punição divina ou uma expressão de imperfeição moral. Essa prática era considerada aceitável na época, pois se acreditava que as crianças com deficiência não poderiam contribuir para a sociedade e eram uma carga financeira para suas famílias.

Em Aristóteles, aluno de Platão, ainda na Antiguidade, encontramos o mesmo pensamento de seu mestre, com a seguinte síntese: “quanto, a saber, quais as crianças que se deve abandonar ou educar, devesse haver uma lei que proíba alimentar toda criança disforme” (SILVA, 1986, p. 124).

Os valores da Antiguidade Grega foram assimilados pelo antigo Império Romano, inclusive o tratamento destinado às pessoas com deficiência, como descrevem Moises e Stockmann (2020, p.5):

Ao contrário da concepção grega, que tinha a educação como responsabilidade do Estado, em Roma a responsabilidade educativa primária era do *pater famílias*, o homem romano que detinha poder absoluto e legal sobre esposa, filhos e seus escravos. Segundo a lei das Doze Tábuas, até o século V a.C., competia ao *pater* a educação inicial do filho sobre as letras, a oratória e as leis romanas e até mesmo a decisão entre a vida ou morte de seus filhos. A necessidade social atribuída ao *Partus Prodigiosi* ou “bom nascimento” do cidadão romano era premente para a sociedade romana, de modo que observa seu registro nas XII tábuas do Direito Romano. Na IV tábua fica sancionado o dever de, ao constatar-se deformidade na criança, o seu sacrifício. Ou seja, o pai deveria imediatamente matar o filho “monstruoso” e “contrário à forma do gênero humano”, tão logo nascesse. A incorporação de elementos da cultura grega, sobretudo na formação de cidadãos fortes, belos e hábeis nas artes de governar e guerrear, possivelmente influenciou os conceitos romanos sobre as pessoas com deficiência e suas tratativas.

No entanto, nem todas as civilizações da antiguidade tinham a mesma visão sobre a deficiência e, em algumas delas, as pessoas com deficiência tinham um tratamento de cuidado e respeito, ainda que justificada por uma visão divina, a exemplo do que ocorria no Antigo Egito (CORRENT, 2016, p. 3 e 4) a esse respeito assevera que:

Na sociedade Egípcia essas questões de deficiência eram, mais brandas, onde não se excluía, julgava ou condenava, pelo contrário os egípcios se mostravam, (sic) mas caridosos quantos, essas questões, pois demonstravam afetos e preocupações com as pessoas que eram deficientes, oportunizando eles de terem trabalhos, como de poderem se sustentar e ter uma vida comum aos demais. [...]

E muitas vezes eles empregavam essas pessoas com deficiências nos mais altos cargos de funcionalismo dos faraós um desses exemplos eram as pessoas com nanismo, ou seja, pessoas com estatura baixas, que chegava a receber honrarias em suas mortes, reflexo de sua importância para os faraós como para própria sociedade. [...]

Mencionamos ainda que os egípcios valorizavam as pessoas com deficiências, porque era constante o fato de pessoas ficarem cegas no Egito, devido às tempestades de areia que acaba por proporcionar infecções que vinham a resultar em cegueiras. [...]

Diante de todo esse contexto social, (sic) políticos que era a teocracia, como social, climático e histórico, podemos dizer que os egípcios mesmo sem um conhecimento amplo, científico, médico, do que é a deficiência, mesmo assim se mostrou uma sociedade tolerante e respeitadora.

Na antiga Índia os filhos com malformação eram jogados no rio Ganges para morrer, tendo a boca cheia com lama do próprio rio. Por outro lado, quando não eram mortos, não possuíam direitos. Por exemplo, pelo código de Manu, as pessoas com deficiência como "os cegos e surdos de nascimento, os loucos, idiotas, mudos e estropiados", não eram admitidas a herdar (NISHIYAMA, 2016, p.28).

Contra-pondo-se a essa interpretação negativa, ou simplesmente perversa, do tratamento das pessoas com deficiência na Antiguidade, alguns estudiosos (BERKSON *apud* LAMAS, 2021, p. 68) analisam criticamente observando outras razões do infanticídio comuns na história da humanidade, como o controle populacional e a determinação sexual (predominância pelo gênero masculino), o que demonstra que tais práticas não eram universais. Nesse sentido, existem registros de que outras sociedades, também da antiguidade, tratavam os deficientes com tolerância e até dignidade. Um pequeno espaço de tolerância da presença das pessoas com deficiência junto às pessoas típicas na antiguidade era no entretenimento. Kanner (1964), *apud* Aranha (2001), relatou que “a única ocupação

para os retardados mentais encontrada na literatura antiga é a de bobo ou de palhaço, para a diversão dos senhores e seus hóspedes”.

Esse contexto começa a ser transformado, ainda na antiguidade, pela visão religiosa judaico-cristã. Nela a compreensão do humano foi perpassada de gerações em gerações, advindo do Gênesis, no qual o criador diz “façamos o homem à nossa imagem, conforme a nossa semelhança”², portanto, toda pessoa é a imagem e semelhança de Deus e, por representar a sua existência, sendo sua criação central, não poderia ser morta por outra pessoa³, concepção que representa uma ruptura com a prática de extermínio reinante na maioria das culturas antigas. Ocorre que as pessoas com deficiência na concepção teológica judaica e, por decorrência na cristã, é compreendida como corpo imperfeito⁴ e isso coloca a pessoa com deficiência como um humano inferior, sem o mesmo *status* de cidadania na participação social e religiosas, em outras palavras, sem a mesma dignidade⁵. O livro do Êxodo, que

² Livro do Gênesis, versículo 1:26: Então disse Deus: "Façamos o homem à nossa imagem, con-for-me a nossa semelhança. Domine ele sobre os peixes do mar, sobre as aves do céu, sobre os grandes animais de toda a terra e sobre todos os pequenos animais -que se movem rente ao chão". Bíblia Sagrada Online.

³ Livro do Gênesis, versículo 9:6: "Quem derramar sangue do homem, pelo homem seu sangue será derramado; porque à imagem de Deus foi o homem criado". Bíblia Sagrada Online.

⁴ Sobre a relação entre corpo orgânico como semelhança de Deus, o assunto é estudado pela Teologia, podendo-se afirmar que essa semelhança não se relaciona a um corpo orgânico perfeito. Para Tomás de Aquino, Deus não é corpo, portanto a pessoa com deficiência não deveria ser vista como impura. Na obra *Summa Contra Gentiles*, escrito entre 1256 a 1259, Tomás de Aquino escreve um manual missionário para combater os fundamentos de fé do Islã e, no capítulo 20, com lógica peculiar, conforme Oliveira (2015, p. 37) registra que "Deus não é corpo. É um capítulo longo e toda exposição que Tomás de Aquino faz deve ser entendida como resposta aos argumentos que eram debatidos em sua época. Como já afirmado no capítulo 18, Deus não é composto, e como o corpo é uma quantidade contínua, necessariamente deve ser composto e ter partes. Logo, Deus não é corpo. Seguindo a solução, todo corpo é uma quantidade e, desse modo, está em potência. Como foi dito, Deus é ato puro, e não se encontra em potência nem possui potência; portanto, Deus não é corpo (S.c.G.I, c.20)". In OLIVEIRA, Elói Maia de. Tomás de Aquino acerca dos atributos divinos. Universidade Estadual Paulista – UNESP. Marília: 2015, P. 37.

⁵ Sobre a relação entre corpos imperfeitos, impureza e exclusão na antiguidade hebraica, é pertinente os estudos de Rosa (2007, p. 11): “Mas é em Levítico 21, 16-24, nas leis para os sacerdotes, onde se pode observar o impedimento de todos os doentes e deficientes para os rituais, por serem considerados impuros para oculto a Deus: Disse mais o Senhor a Moisés: Fala a Arão, dizendo: Ninguém dos teus descendentes, nas suas gerações, em quem houver algum defeito se chegará para oferecer o pão de seu Deus. Pois nenhum homem em quem houver defeito se chegará: como homem cego, ou coxo, ou de rosto mutilado, ou desproporcionado, ou homem que tiver o pé quebrado ou mão quebrada, ou corcovado, ou anão, ou que tiver belida no olho, ou sarna, ou impigens, ou que tiver testículo quebrado. Nenhum homem da descendência de Arão, o sacerdote, em quem houver algum defeito se chegará para oferecer as ofertas queimadas do Senhor; ele tem defeito; não se chegará para oferecer o pão do seu Deus. Comerá o pão do seu Deus, tanto do santíssimo como do santo. Porém até ao véu não entrará, nem se chegará ao altar, porque tem defeito, para que não profane os meus santuários, porque eu sou o Senhor, que os santifico. Assim falou Moisés a Arão, aos filhos deste e a todos os filhos de Israel. Segundo essa passagem de Levítico estão impedidas para o ritual todas as pessoas consideradas deficientes, tomando-se claramente sua aparência física como referência para a exclusão”. In ROSA, Sueli Marques. A justiça divina e o mito da deficiência física. Revista ESTUDOS,

compõe o cânone do Pentateuco, registra que a antiga sociedade dos hebreus compreendia as pessoas com deficiência como obra do divino (Livro do Êxodo, versículo 4:11)⁶ e a doença como benção (Livro de Deuteronômio, versículo 28:61)⁷ e punição (Livro do Êxodo, versículo 23:25)⁸ de Deus, contendo a orientação geral de exclusão, por segregação, de pessoas que estivessem com doenças contagiosas⁹, o que já é uma evolução sobre o destino dado pelos antigos gregos e romanos, como se disse, a morte. É um aspecto a se refletir que, no Novo Testamento, os principais destinatários, usados por Jesus Cristo para operar milagres, foram os deficientes e doentes¹⁰, orientando os cristãos a terem compaixão para com pessoas nestas condições.

Como visto, o advento do cristianismo fez surgir uma mudança significativa na maneira como a pessoa com deficiência era vista e tratada no mundo ocidental, pois a concepção cristã de amor e compaixão pelo próximo influenciou uma mudança de atitude dos cristãos em relação à pessoa com deficiência¹¹. Essa visão foi consolidada

vol. 34, jan/fe.2007. Universidade Católica de Goiás (UCG). Goiânia: 2007. Disponível em <<https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/303/244>> acesso em 11 de setembro de 2023.

⁶ Livro do Êxodo, versículo 4:11: "Quem fez a boca do homem? Ou quem faz o mudo, ou o surdo, ou o que vê, ou o cego? Não sou Eu, o Senhor?". Bíblia Sagrada Online.

⁷ Livro do Êxodo, versículo 23:25: "Servireis ao Senhor vosso Deus e ele abençoará o vosso pão e a vossa água; e tirará do vosso meio as enfermidades". Bíblia Sagrada Online.

⁸ Livro de Deuteronômio, versículo 28:61: "Também o Senhor fará vir sobre ti toda enfermidade e toda praga que não estão escritas no livro desta lei, até que sejas destruído". Bíblia Sagrada Online.

⁹ Como exemplos podemos citar o registrado no livro de 2ª Crônicas, versículo 26:21 ("O rei Uzias sofreu de lepra até o dia em que morreu. Durante todo esse tempo morou numa casa separada, leproso e excluído do templo do Senhor. Seu filho Jotão tomava conta do palácio e governava o povo") e no Livro de Números, versículo 5:2 ("Ordene aos israelitas que mandem para fora do acampamento todo aquele que tiver lepra, ou que tiver um fluxo, ou que se tornar impuro por tocar um cadáver"), entre outros. Bíblia Sagrada Online.

¹⁰ Leprosos (Mateus 8.1-4, Marcos 1.40-45, Lucas 5.12-16 e Lucas 17.11-19), cegos (Mateus 9.27-31, Marcos 8.22-26, João 9.1-12, Mateus 20.29-34, Marcos 10.46-52 e Lucas 18.35-43), paralíticos (Mateus 9.1-8, Marcos 2.1-12, Lucas 5.17-26, João 5.1-9, Mateus 8.5-13 e Lucas 7.1-10), fluxo de sangue feminino (Mateus 9.20-22, Marcos 5.24-34 e Lucas 8.43-48), mão ressequida (Mateus 12.9-13; Marcos 3.1-6 e Lucas 6.6-11), surdo (Marcos 7.31-37) e hidrópico (Lucas 14.1-6). Para um aprofundamento sobre as curas orgânicas de pessoas com deficiência e de pessoas com doenças vide pesquisa de Sérgio Moreira de Oliveira Junior, As curas de Jesus e a medicina: contribuições à Teologia da Cura Divina. Disponível em <<http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/handle/BR-SIFE/1086>>. Acesso em 10 de setembro de 2023.

¹¹ Os Evangelhos de Jesus Cristo estão permeados de passagens que mostram o acolhimento de Jesus Cristo para com as pessoas com deficiência e/ou enfermos. Uma passagem que exemplifica isso é a cura do paralítico em Cafarnaum, descrita no Evangelho de Marcos 2:1-12. Nessa passagem, Jesus cura um homem paralítico que é trazido até ele pelos seus amigos. Ao ver a fé dos amigos, Jesus diz ao homem: "Filho, os teus pecados estão perdoados" (Marcos 2:5). Os escribas que estavam presentes criticam Jesus por isso, mas ele responde: "Qual é mais fácil? Dizer ao paralítico: Os teus pecados estão perdoados; ou dizer-lhe: Levanta-te, e toma o teu leito, e anda?" (Marcos 2:9). Então, Jesus cura o homem, que se levanta e anda. Outra passagem que ilustra a compaixão de Jesus em relação às pessoas com deficiência é a cura do cego de nascença, descrita no Evangelho de João 9:1-12. Nessa

por meio da ação dos próprios cristãos que passaram a dedicar-se ao cuidado e acolhimento das pessoas com deficiência. Um exemplo dessa atitude são as diversas passagens de cura nos evangelhos¹², em seguida, nas epístolas dos apóstolos que orientavam o cuidado com os mais necessitados¹³ e, por fim, na ação dos primeiros cristãos da igreja primitiva¹⁴ que foi fundamental para a consolidação de uma visão mais humanizada que influenciou o pensamento e ação social para com as pessoas com deficiência até os dias atuais¹⁵. Assim, a compreensão judaico-cristã nascente na Idade Antiga, consolida-se no medievo e, conforme assevera Moises e Stockmann (2003, p. 7), “a pessoa com deficiência, por meio da ascensão da fé cristã durante a Idade Média, passou a ser considerada também ‘filha de Deus’ e detentora de alma”.

A Idade Média (467-1453) foi um período marcado por profundas mudanças sociais, culturais e políticas na Europa. Nesse contexto, a influência do cristianismo da antiguidade não foi suficiente para mudar por completo os preconceitos e

passagem, Jesus vê um homem cego de nascença e seus discípulos perguntam a ele: "Rabi, quem pecou, este ou seus pais, para que nascesse cego?" (João 9:2). Jesus responde: "Nem ele pecou nem seus pais; mas foi para que se manifestem nele as obras de Deus" (João 9:3). Então, Jesus cospe no chão, faz lodo com a saliva e unge os olhos do cego com o lodo. Ele diz ao homem: "Vai, lava-te no tanque de Siloé" (João 9:7). O homem obedece e fica curado. Essas passagens mostram a compaixão de Jesus em relação às pessoas com deficiência e enfermidades, demonstrando a importância da igualdade e fraternidade entre todos os seres humanos, independentemente de sua condição. Esses ensinamentos foram, em maior ou menor medida, reproduzidos pela doutrina cristã e aplicados no mundo secular, podendo-se dizer que tiveram sua carga de influência, ao lado de outros fatores, no crescente reconhecimento da dignidade e igualdade dos enfermos e deficientes. Versículos citados estão na Bíblia Sagrada Online.

¹² Vide nota explicativa n. 11 deste capítulo.

¹³ Como ilustração vale o registro das seguintes epístolas: 1ª Coríntios, versículo 12:25 (“Cooperem os membros, com igual cuidado, em favor uns dos outros. De maneira que, se um membro sofre, todos sofrem com ele; e se um deles é honrado, com ele todos se regozijam”); Tiago 5:14-15 (“Entre vocês há alguém que está doente? Que ele mande chamar os presbíteros da igreja, para que estes orem sobre ele e o unjam com óleo, em nome do Senhor. A oração feita com fé curará o doente; o Senhor o levantará. E, se houver cometido pecados, ele será perdoado”); Atos dos Apóstolos 14:8-10 (“Em Listra havia um homem paraplético dos pés, aleijado desde o nascimento, que vivia ali sentado e nunca tinha andado. Ele ouvira Paulo falar. Quando Paulo olhou diretamente para ele e viu que o homem tinha fé para ser curado, disse em alta voz: “Levante-se! Fique em pé!” Com isso, o homem deu um salto e começou a andar”); Atos dos Apóstolos 9:33-34 (“Ali encontrou um paraplético chamado Eneias, que estava acamado fazia oito anos. Disse-lhe Pedro: ‘Eneias, Jesus Cristo vai curá-lo! Levante-se e arrume a sua cama’. Ele se levantou imediatamente”); entre outros. Versículos citados estão na Bíblia Sagrada Online.

¹⁴ Sobre o assunto *vide* GAEDE NETO, Rodolfo. Diaconia e cuidado nos primeiros séculos do cristianismo. Revista Estudos Teológicos. Faculdades EST, São Leopoldo: 2015. Disponível em <http://ism.edu.br/periodicos/index.php/estudos_teologicos/article/view/2615/2408> acesso em 12 de setembro de 2023.

¹⁵ Nos dias atuais, tome-se como exemplo o artigo de RODRIGUES, José Eduardo. Teologia e Direitos Humanos: a pessoa com deficiência e as inclusões Políticas Sociais na Igreja Católica. Revista eletrônica RevEleTeo da PUC-SP, publicado no V 14, Nº 26, p.128-147, Jul/Dez 2020. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/reveleteo/article/view/50623/34240>> acesso em 12 de setembro de 2023.

explicações míticas sobre as pessoas com deficiência, que continuaram a serem vistas como seres inferiores e marginalizados na sociedade, não mais eliminados, mas, suportados sob o manto da segregação assistencialista. Conforme apontam pesquisas da professora Lamas (2021, p. 68), “na Inglaterra medieval, por exemplo, pessoas com deficiência, então chamadas de ‘lunáticas’, ‘aleijadas’, ‘defeituosas’, entre outros termos pejorativos, eram presenças visíveis na vida cotidiana”.

Segundo Moises e Stockmann (2020, p. 7), na Idade Média, a deficiência era frequentemente associada a um castigo divino ou a um sinal de bruxaria:

No referido período, a inexistência de investigações sobre as pessoas com deficiência, no campo científico, e o desconhecimento e fanatismo religioso de parcela significativa da sociedade, que confundia ciência com bruxaria, proporcionaram, por diversas vezes, que pessoas com deficiência fossem consideradas bruxas ou “endemoniadas”.

As pessoas com deficiência eram vistas como incapazes de contribuir significativamente para a sociedade e, por isso, não sendo um comportamento cristão o extermínio, por influência da igreja, os enfermos e deficientes eram segregados (PESSOTTI, 1984, p. 48):

Agora a ética cristã reprime a tendência a livrar-se do deficiente através do assassinio ou da “exposição”, como confortavelmente se procedia na Antigüidade: o deficiente tem que ser mantido e cuidado. A rejeição se transforma na ambigüidade proteção-segregação ou, em nível teológico, no dilema caridade-castigo. A solução do dilema é curiosa: para uma parte do clero, vale dizer, da organização sociocultural, atenua-se o “castigo” transformando-o em confinamento, isto é, segregação (com desconforto, algemas e promiscuidade), de modo tal que segregar é exercer a caridade pois o asilo garante um teto e alimentação. Mas, enquanto o teto protege o cristão as paredes escondem e isolam o incômodo ou inútil.

No mesmo sentido compreende Lamas (2021, p. 68-69):

Não havia provisão estatal para elas: ou mendigavam, quando não apoiadas pela comunidade onde viviam, ou eram cuidadas em mosteiros e conventos. Tais provisões e cuidados eram baseados nos ensinamentos da igreja (dever cristão).

Com essa lógica, fundada na ambigüidade cuidado-exclusão, ao longo da Idade Média, surgiram algumas iniciativas voltadas para o cuidado e a assistência às pessoas com deficiência que, ao mesmo tempo, representavam uma espécie de afastamento, invisibilidade e exclusão social. Conforme Piccolo e Mendes (2015, p.

35) “protegia-se também para se afastar e evitar o contato, destarte, não causa espanto que os leprosários se situassem nas zonas limítrofes da cidade”. As artes visuais, o teatro e literatura eram espaços de entretenimento no qual se admitiam a presença de pessoas com deficiência, que eram apresentadas como contraste ao belo, sublime e perfeito. Exemplos desse contexto artístico estão nos anões palhaços, nas exibições públicas de pessoas com deformidades e no personagem Quasímodo que encerra a deformidade, o entretenimento, o belo e santo em sua história tendo como pano de fundo os valores do medievo ainda presentes no início da Idade Moderna, nos idos de 1482, em Paris¹⁶. Neste sentido Mori (2012, p. 2):

O grotesco e o seu contraponto, o sublime, tiveram ocuparam um grande espaço nas artes da Idade Média. Ao primeiro, são remetidos as doenças, as deformidades, o ridículo, os vícios e os crimes; ao segundo, a moral cristã concebe os encantos e a pureza. [...]

As fachadas das catedrais emolduram figuras monstruosas, disformes e assustadoras, como um misto de resquícios da era pagã e de ensinamentos sobre o que poderia acontecer aos desviantes da verdadeira fé. [...]

O riso e a comicidade ficavam reservados para as festas e recreações populares; paralelamente, a cultura oficial era séria e circunspeta. A complexidade e ambivalência entre o grotesco e o sublime e, ao mesmo tempo, as fronteiras que os separam são tomadas por Victor Hugo como pontos norteadores em O Corcunda de Notre-Dame.

No fim da Idade Média, por volta de 1350 (século XIV), a forte influência da igreja no medievo foi, de certa forma, questionada pelo Renascimento, movimento cultural que teve início na Itália e se espalhou por toda a Europa até 1600 (século XVI), tendo como principais características a valorização da cultura clássica greco-romana, o humanismo e a busca pelo conhecimento.

¹⁶ O período histórico retratado na obra está situado cronologicamente, dentro da periotização clássica, na Idade Moderna, demarcada como tendo início no ano de 1453 d.C, com a conquista de Constantinopla pelos otomanos, todavia, a cultura retratada na obra remete aos valores medievais (MORI, 2012). A data e local dos acontecimentos retratados na obra O Corcunda de Notre-Dame é apresentada pelo próprio Vitor Hugo no início do primeiro capítulo: “Aquele 6 de janeiro de 1482 não foi, porém, um dia do qual os historiadores tenham guardado qualquer recordação. Nada havia de notável no acontecimento que daquele jeito e já pela manhã agitava os sinos e os burgueses de Paris” (...) “Naquele 6 de janeiro, o que agitava toda a população de Paris, como disse Jean de Troyes, era a dupla comemoração, coincidente desde tempos imemoriais, do dia de reis e da festa dos bufos”; tradução de Jorge Bastos Cruz pela Editora ZAHAR. Bufos em outras traduções é substituído pelo termo “loucos”, como optou a Isabel Vieira na adaptação publicada pela Editora Rideel, na Coleção Aventuras Grandiosas, voltada ao público infanto-juvenil, vejamos: “O dia 6 de janeiro de 1482 era uma data especial para os franceses. Nela, comemoravam-se dois eventos: o Dia de Reis e a Festa dos Loucos”.

Segundo Moises e Stockmann (2020, p. 8), o Renascimento foi um período de “reflexão com base na razão antropocêntrica e a revalorização do legado da civilização grega, gerando condições para o movimento Iluminista a partir do século XVII”.

Na Idade Moderna (1453-1789), esse contexto de redescoberta e descobertas, centradas no humano, que marca a passagem do medievo para a modernidade, o advento do capitalismo, a mudança no modo de produção (do artesanal para o manufaturado e deste para o fabril), a existência de duas novas classes bem demarcadas (burguesia e proletariado) e os interesses antagônicos entre esses dois polos (capital x força de trabalho) fez com que a postura assistencialista cristã da Idade Média cedesse lugar para a crescente integração das pessoas com deficiência, afinal, representavam uma potencial força de trabalho a ser explorada pelo capital, com incremento da mais-valia. Vejamos (ARANHA, 2001, p. 7):

A relação da sociedade com a pessoa com deficiência, a partir desse período passou a se diversificar, caracterizando-se por iniciativas de Institucionalização Total, de tratamento médico e de busca de estratégias de ensino.

Essa redescoberta da arte, da literatura e do método racional para explicação dos fenômenos, que promoveu a emancipação do pensamento crítico e trouxe uma nova visão do mundo. O período Iluminista (1715-1789) fortaleceu a compreensão do que é o ser humano com deficiência, graças à busca de explicações racionais em todos os ramos do conhecimento. Neste sentido Moises e Stockmann (2020, p. 8):

Assim, Locke (1690) com o empirismo e liberalismo político; Montesquieu (1762) e a crítica ao absolutismo e defesa do governo tripartite; Voltaire (1768) e sua análise denunciadora ante o clero e os impostos; Rousseau (1762) e a educação vinculada à ideia de liberdade e natureza e Adam Smith (1776) com o liberalismo econômico; dentre outros, alçam o pensamento liberal, a discussão científica, a educação e a compreensão social a patamares inéditos até então.

Especificamente sobre a deficiência intelectual e sobre o transtorno mental, ambas as categorias eram enquadradas como “loucura” a partir de 1600 até 1800. Michel Foucault aborda esse período em sua obra “História da loucura na idade clássica”, publicada originalmente em 1961, discorrendo sobre a participação das instituições na determinação de internação e diagnóstico, da então denominada

loucura. A instituição judicial e médica, ou seja, médicos e juízes, com poder decidir sobre a normalidade e anormalidade dos indivíduos, por processos de segregação e controle sobre as pessoas. A época, objeto da escrita foucaultiana, situada entre os séculos XVII e XVIII, a que chama de idade clássica, não existia uma separação clara sobre deficiência intelectual do transtorno mental, sua análise também não se detém na distinção, assim, a loucura, como categoria social e institucional, poderia abranger pessoas com diferentes tipos de distúrbios e/ou deficiências intelectuais, ambos enquadrados como “loucos” sem, contudo, ter uma definição clara do que seria a loucura, conforme escreve Foucault (2004, p. 201-202):

O procedimento é indireto sob o aspecto da impossibilidade de perceber a loucura a não ser com referência à ordem da razão e a essa consciência que temos diante de um homem razoável e que nos assegura da coerência, da lógica, da continuidade do discurso; esta consciência permanece adormecida até a irrupção da loucura, que aparece de chofre não porque seja positiva mas justamente porque pertence à ordem da ruptura. Ela surge de repente como discordância, o que significa que é inteiramente negativa; mas é exatamente esse caráter negativo que lhe assegura sua instantaneidade. Quanto menos a loucura se manifesta no que ela tem de positivo, mais o louco, sobre a trama contínua da razão — já quase esquecida por ter-se tornado demasiado familiar — surge bruscamente como irrecusável diferença. Detenhamo-nos um pouco neste primeiro ponto. A certeza tão apressada e tão presunçosa com a qual o século XVIII sabe reconhecer o louco, no próprio momento em que confessa não mais poder definir a loucura, constitui sem dúvida uma estrutura importante. Caráter imediatamente concreto, evidente e preciso do louco; perfil confuso, distante, quase imperceptível da loucura. E não se trata aí de um paradoxo, mas de uma relação bem natural de complementaridade. O louco é demasiada e diretamente sensível para que se possa reconhecer nele os discursos gerais da loucura; ele só surge numa existência pontual — espécie de loucura ao mesmo tempo individual e anônima, na qual ele se designa sem nenhum risco de errar, mas que desaparece tão logo percebida. (...) O louco não é manifesto em seu ser: mas se ele é indubitável, é porque é outro. Ora, esta alteridade, na época em que nos colocamos, não é sentida de imediato como diferença experimentada a partir de uma certa certeza de si mesma. Diante desses insanos que imaginam ser "bilhas ou ter corpos de vidro", Descartes sabia que não era como eles: "Ora, são loucos... " O inevitável reconhecimento de suas loucuras surgia espontaneamente, num relacionamento estabelecido entre eles e ele próprio. O sujeito que percebia a diferença media-se a partir de si mesmo: "Eu não seria menos extravagante se seguisse o exemplo deles". No século XVIII, esta consciência de alteridade oculta, sob uma aparente identidade, uma estrutura bem diferente, que se formula não a partir de uma certeza, mas de uma regra geral: ela implica um relacionamento exterior que vai dos outros a esse outro singular que é o louco, num confronto onde o sujeito não é comprometido e nem mesmo convocado sob a forma de uma evidência: "Chamamos de loucura essa doença dos órgãos do cérebro que impede necessariamente um homem de pensar e agir como os outros". O louco é o outro em relação aos outros: o outro — no sentido da exceção — entre os outros — no sentido do universal.

Mas, a racionalização do que seria a pessoa com deficiência e seu método de tratamento, como um todo, segue sua marcha. Neste sentido pesquisas de Moises e Stockmann (2020, p. 8), demonstram que os estudos de Locke, com sua visão empirista, que contribuíram para que outros pensadores, como Diderot e Haüy, pudessem racionalizar a compreensão sobre as pessoas com deficiência e sua inserção social por meio da educação, vejamos:

O pensamento de Locke contribuiu para que Denis Diderot, em 1749 escrevesse “Carta sobre os cegos para uso daqueles que enxergam”, enaltecendo a capacidade dos cegos aprenderem por meio das sensações e sentidos. As produções de Locke e Diderot, possivelmente contribuíram para que em 1784, Valentin Haüy fundasse o Instituto Nacional dos Jovens Cegos, em Paris, anunciando o pioneirismo institucional na proposição da formação da pessoa com deficiência.

No final da Idade Moderna, surgem as primeiras iniciativas voltadas para a educação e inclusão das pessoas com deficiência na sociedade. Entre essas iniciativas, destacam-se:

- Criação da primeira escola para surdos em Bordeaux, na França, em 1755, pelo padre Charles-Michel de l'Épée. Essa escola foi um marco na história da educação de surdos, pois pela primeira vez se usou uma língua gestual para ensinar os alunos (AMARAL, 2019, p.16);
- Fundação do Instituto de Jovens Cegos de Paris, em 1784, por Valentin Haüy. Essa instituição foi pioneira no ensino especial voltado para cegos, com o tempo se transformou em abrigo de trabalhadores cegos e mão de obra de baixo custo, no qual os cegos trabalhavam em troca de comida e abrigo para dormir (ROSA e DUTRA, 2006, p. 4);
- Já na nascente Idade Contemporânea, os estudos de Philippe Pinel (1745-1826), lançam as bases da Psiquiatria atual, rumo ao movimento manicomial que se alastrou por diversos países do mundo permitindo a abertura de instituições de longa permanência para o tratamento de pessoas com doença intelectual e transtornos mentais (DEL'OLMO e CERVI, 2017, p. 200).

Essas iniciativas foram fundamentais para a consolidação de uma visão mais inclusiva e humanizada da pessoa com deficiência na sociedade, posto que buscava

a superação do paradigma cristão como uma passagem para o reconhecimento do dever do Estado para com as pessoas com deficiência e sua crescente integração à sociedade. Neste sentido Lamas (2020, p. 69):

Na Idade Moderna (1453-1789), também no contexto da Inglaterra, cuidar das pessoas com deficiência tornou-se um dever social para além de um dever cristão. Por meio de arrecadações paroquiais, impostos sobre empresas e doações, novas casas e hospitais foram construídos. Esses empreendimentos arquitetônicos eram agora instituições públicas destinadas a apoiar quem era considerado incapaz de cuidar de si próprio. Apesar das dificuldades, cabe ressaltar que essas pessoas não estavam isoladas, viviam em comunidades, trabalhando e fazendo parte da vida familiar. É nesse período que pensões para soldados e marinheiros feridos em guerras são aprovadas.

No entanto, é importante ressaltar que essas práticas eram muito incipientes e restritas a algumas regiões da Europa, não se constituindo em políticas públicas de nações da época, posto ainda sedimentado na maior parte dos países a prática medieval do assistencialismo caritativo¹⁷, que em terras brasileiras, em razão da influência de Portugal, no início de nossa colonização, também foi disseminada pelas ordens religiosas no Brasil (YAZBEK, 2005, p.218-219).

É na vila de São Paulo, por volta de 1560, que emerge a primeira instituição de atendimento à pobreza do país, a Irmandade de Misericórdia, que, apoiada em práticas de esmola, de inspiração portuguesa, ofertava dotes para órfãos e providenciava caixões para os mortos. [...] Esse modelo vai ampliar-se nos séculos seguintes com a ação de outras ordens religiosas (franciscanos, beneditinos, carmelitas e vicentinos) que ofereciam refeições, abrigo, ajuda material e espiritual a pobres, órfãos, loucos e enfermos. Nesse processo a Igreja Católica tem importante papel, por meio de suas irmandades. As esmolas, que eram oficialmente recolhidas, e ações de caridade vão cunhar um modelo caritativo de assistência que recolhia dos ricos e distribuía aos pobres e que mesclava assistência e repressão. Assim, esmola foi a primeira

¹⁷ O assistencialismo caritativo pode ser entendido como um modelo de assistência social baseado na caridade, em que a ajuda é prestada de forma desvinculada de qualquer obrigação legal, mediante doações e práticas filantrópicas, especialmente baseados nas orientações da igreja. Nesse modelo, a pessoa em situação de vulnerabilidade, incluindo-se as pessoas com deficiência, é vista como objeto de caridade, e não como um sujeito de direitos. O assistencialismo caritativo não promove a autonomia e a independência da pessoa em situação de vulnerabilidade, perpetuando a dependência e a submissão dos indivíduos assistidos, situação que começa a ser superada com a CF/88, segundo Colin e Jaccoud (2013, p. 43), após a Constituição de 1988, "Teve início a superação de um quadro histórico de quase ausência da ação pública, marcada pelo clientelismo e patrimonialismo, pelos auxílios e doações, pelas iniciativas fragmentadas, voluntaristas e mesmo improvisadas do assistencialismo. Era um quadro onde a assistência, voltada para ações de ajuda aos pobres e carentes e ancorada na caridade, na filantropia ou na benemerência, desresponsabilizava o Estado face aos serviços e atenções". A instituição de políticas públicas, rompendo com o predomínio do assistencialismo, às pessoas com deficiência será apresentado em ponto específico desta pesquisa.

modalidade de assistência social aos pobres no Brasil colonial, seguida da criação de instituições asilares e tutelares.

No início da Idade Contemporânea (de 1789 aos dias atuais), as ações assistencialistas ainda tinham forte presença no tratamento e formação das pessoas com deficiência, todavia, com o passar dos séculos, essas atividades começaram a migrar do ambiente exclusivamente caritativo e filantrópico para os serviços estatais. Segundo Lamas (2021, p. 71)

Assim, as instituições administradas pelo estado no século XIX (dever estatal) foram substituindo gradativamente as instituições particulares, que marcaram a sociedade inglesa no século XVIII e sobreviveram de alguma forma até o século XX.

No século XIX, durante as duas grandes guerras mundiais, as pessoas com deficiências enfrentaram diversas dificuldades e desafios. No contexto da Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918), a deficiência física era uma consequência comum dos combates, e muitos soldados retornaram para suas casas com amputações, ferimentos graves e traumas psicológicos. Esse retorno, de militares, para a vida civil, isto é, para suas famílias, como pessoas mutiladas, doravante deficientes físicos e outros com transtornos mentais, decorrentes do combate em guerra, fez com que a percepção sobre a necessidade de integração fosse mais intensa, posto não se aceitar que pessoas que defenderam os interesses na nação em guerra tivessem um tratamento caritativo, assim, a exigência de uma prestação estatal efetiva é intensificada. Nos dizeres de Pereira (2018, p. 88) “era necessário que os governos se preocupassem com o desenvolvimento de procedimentos de reabilitação dos ex-combatentes, melhorando a qualidade de vida dos jovens veteranos”. No mesmo sentido Moises e Stockmann (2020, p. 10):

Entre 1914 e 1918, o mundo passa pela Primeira Guerra Mundial com efeitos sentidos em escala global. Dos soldados que retornaram para seus países, muitos apresentaram sequelas de combate, tornando-se pessoas com deficiência, o que forçou o poder público a tomar decisões e providências no âmbito médico, assistencial e formativo.

Como resultado da Primeira Guerra mundial, segundo Tavares (2018, p. 781), “estima-se que 8,5 milhões de homens terão morrido, cerca de 21 milhões foram feridos e 7,7 milhões desapareceram ou acabaram prisioneiros”. Em 1919, surgem esforços internacionais que buscam o compromisso das nações em garantir a paz

mundial e dignidade do ser humano, por meio do Tratado de Versailles, sendo criada a Liga das Nações (1919) e, na questão da habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência no mercado de trabalho, a OIT (Organização Internacional do Trabalho)¹⁸. Conforme Sousa (2006, p. 127):

somente depois da Primeira Guerra Mundial que a reabilitação profissional tomou lugar nos debates sociais e começou a ser implantada. A partir de então, vislumbrou-se a necessidade de reabilitar os soldados mutilados. Pequenas tarefas, como pintura e fabricação de enfeites, foram atribuídas aqueles em condições de andar ou usar as mãos, resgatando-lhes a dignidade.

Oportuno o registro das pesquisas de Dakuzaku (2010, p.19) sobre o papel da OIT na promoção da pessoa com deficiência, vejamos:

A primeira atenção da Organização Internacional do Trabalho para com a Reabilitação Profissional deu-se em 1921 quanto à reinserção profissional das pessoas com deficiência provenientes das forças armadas. Em 1925, a Conferência Internacional do Trabalho dispensou atenção também às pessoas vitimadas pelo acidente de trabalho, incluindo item sobre indenização em sua Recomendação nº 22. Quando da segunda guerra mundial, o tema da Reabilitação Profissional voltou a tona com a necessidade destes serviços aos mutilados de guerra. Posteriormente, com a crescente demanda de mão-de-obra, esta população teve grande possibilidade de inserção no mercado de trabalho, e de certa forma isto contribuiu para eliminar dúvidas sobre as possibilidades profissionais das pessoas com deficiência.

Na Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945), a pessoa com deficiência também foi afetada de diversas formas. A eugenia nazista, que pregava a purificação da raça alemã, resultou no assassinato em massa de pessoas com deficiência, consideradas pelos nazistas como "vidas indignas"¹⁹ (BARSALINI e CARVALHO, 2017, p. 19).

¹⁸ "Parte do Tratado de Versalhes, que pôs fim à Primeira Guerra Mundial, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) tem como objetivo promover a justiça social. Ganhadora do Prêmio Nobel da Paz em 1969, a OIT é a única agência das Nações Unidas que tem estrutura tripartite, na qual representantes de governos, de organizações de empregadores e de trabalhadores de 187 Estados-membros participam em situação de igualdade das diversas instâncias da Organização. A OIT é responsável pela formulação e aplicação das normas internacionais do trabalho (Convenções e Recomendações). As Convenções, uma vez ratificadas por decisão soberana de um país, passam a fazer parte de seu ordenamento jurídico. O Brasil está entre os membros fundadores da OIT e participa da Conferência Internacional do Trabalho desde sua primeira reunião". *In* Portal da OIT Brasília. História da OIT. Disponível em <<https://www.ilo.org/brasil/conheca-a-oit/hist%C3%B3ria/lang-pt/index.htm>> acesso em 22 de setembro de 2023.

¹⁹ "Brutalmente, o nazismo definia as 'vidas dignas' e as 'vidas indignas' de serem vividas. Doentes, negros, judeus e homossexuais constituíam conjuntos de 'vidas indignas' de serem vividas, a partir de certa defesa juridicamente articulada da eutanásia, que livra tal ação de qualquer tipificação de crime. E para onde vão aqueles cuja vida é 'indigna de ser vivida'? Justamente para o campo, segundo

Assim como na Primeira Guerra, todavia, em maior escala, a Segunda Guerra teve grande impacto para as pessoas com deficiência, num primeiro momento, a ideologia nazista segregando e eliminando pessoas com deficiência e, após o fim da guerra, com os lesionados, conforme explica Pereira (2018, p. 8):

A Segunda Guerra Mundial, ocorrida de 1939 a 1945, liderada pelo alemão Hitler, assolou e chocou o mundo pelas atrocidades provocadas. Sabe-se que o Holocausto eliminou judeus, ciganos e também pessoas com deficiência. Estima-se que 275 mil adultos e crianças com deficiência morreram nesse período e, outras 400 mil pessoas suspeitas de terem hereditariedade de cegueira, surdez e deficiência intelectual foram esterilizadas em nome da política da raça ariana pura. O triste desfecho da guerra, quando os Estados Unidos lançaram bombas nucleares sobre Hiroshima e Nagasaki, foi devastador e matou 222 mil pessoas, deixando sequelas nos sobreviventes civis. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, o mundo precisou se reorganizar. A Europa estava devastada, assim como os países aliados porque enviaram tropas para derrotar Hitler. As cidades exigiam reconstrução, as crianças órfãs precisavam de abrigo, comida, roupas, educação e saúde. Os adultos sobreviventes das batalhas têm sequelas e precisam de tratamento médico e reabilitação.

Como fatores positivos, com o fim da Segunda Guerra Mundial (1945), o compartilhamento das pesquisas na medicina levou ao desenvolvimento de tecnologias e práticas que permitiram a reabilitação e a inclusão social das pessoas com deficiência na sociedade e no trabalho. A esse respeito, pode-se afirmar que os “pós-guerras” geraram uma reflexão nas regiões afetadas, direta ou indiretamente pelo combate, com avanços significativos no reconhecimento da dignidade e direitos das pessoas com deficiência. Jovens em sua melhor condição física e mental eram escolhidos para a defesa da pátria e, quando não mortos, voltavam para casa, ao final dos combates, surdos, mutilados e dependentes de toda a sorte de ajuda. A deficiência concebida como castigo divino, definitivamente, não poderia mais ser aceita, fazendo-se necessário integrar aqueles ex-combatentes à vida social, próximo do que tinham antes, era o débito do Estado para com essa parcela da população. Essa consciência acabou beneficiando as pessoas com deficiência congênita. Neste sentido Pereira (2021, p. 70-71):

Agamben, ‘o local onde se realizou a mais absoluta *conditio inhumana* que se tenha dado sobre a terra’ (AGAMBEN, 2002, p. 175), em outras palavras, local da ‘vida exposta’, da vida nua, do *homo sacer*, do homem que pode ser morto, mas não sacrificado, daquele que ‘pode morrer’ e não daquele que ‘deve viver’. Os que iam para os campos de concentração não necessariamente seriam mortos, mas estavam radicalmente suscetíveis à morte, e no mais das vezes acabavam mesmo sendo mortos”. In BARSALINI, Glauco; CARVALHO, Ricardo Geraldo de. Entre o político e o sagrado: o *homo sacer* contemporâneo. Interações, v. 12, n. 21, p. 10-28, 2 ago. 2017.

Uma rede de iniciativas para criação de empregos, reabilitação física e moradias reservadas para esse público foi criada a partir desses e de outros conflitos armados. Leis específicas para reabilitação de pessoas com deficiência foram criadas, como ocorreu nos Estados Unidos da América (EUA), já em 1918; ou em 1944, na Inglaterra. Essas práticas de reabilitação, desenvolvidas à princípio para os vitimados nos conflitos armados, passaram a incluir pessoas ditas incapacitadas por acidentes de trabalho nas indústrias e espalharam-se para o restante da população com deficiência (Jarrett, 2012). A origem do debate sobre acessibilidade, tal como é conhecido hoje, remonta, portanto, ao período pós-guerras, a saber: Primeira Guerra Mundial (1914 – 1918), Segunda Guerra Mundial (1939 -1945), Guerra da Coréia (1950-1953), Guerra do Vietnã (1955-1975), Guerras no Oriente Médio. Esse período é marcado pelo surgimento de processos de reabilitação (física e profissional) que se tornaram necessários e ocasionaram mudanças progressivas nas atitudes de governos e da ONU, que passaram a considerar a necessidade de inclusão social de militares e civis com sequelas e/ou mutilados pelos conflitos, o que obteve reconhecimento internacional (Feitosa & Righi, 2016; Leite, 2011).

Pode-se afirmar que o fim das guerras, o fortalecimento pelo movimento dos direitos humanos (nesse contexto incluindo-se as pessoas com deficiência) e os avanços da medicina resultaram numa maior integração das pessoas com deficiência no continente europeu e, mais tardiamente, nas américas (PEREIRA, 2021, p. 70-7).

No campo do Direito, o pós-guerra trouxe a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, que reconhece a igualdade de todos os seres humanos, incluindo as pessoas com deficiência. Essa declaração afirmou que todas as pessoas, independentemente de sua condição física ou mental, têm direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal (ONU, 1948).

Em 1955 aprovada a Recomendação 99²⁰ da Organização Internacional do Trabalho (OIT) para tratar da “reabilitação da Pessoas Deficientes” e, em 1960, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu deficiência como um "termo genérico que abrange as deficiências físicas, mentais e sensoriais, que afetam a capacidade de uma pessoa de interagir plenamente com o meio ambiente e com outras pessoas" (OMS, 1960).

Em 1971 foi aprovado pela ONU a Declaração dos Direitos das Pessoas com Retardo Mental e, em 1975, a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência. No ano de 1976, houve a aprovação da Resolução nº 31/123, que proclamou o ano de 1981 como “Ano Internacional para as pessoas deficientes”, com o propósito de

²⁰ “A Recomendação 99 da OIT, em 1955, foi um dos primeiros campos de aplicação desse direito, estendendo aos deficientes físicos e mentais as oportunidades de restauração e de habilitação profissional para o trabalho. Ressalta a importância do atendimento contínuo e integrado, da orientação médica, psicológica, social e vocacional, a fim de garantir ao excepcional sua integração na força de trabalho na comunidade”, relato de Silva, *apud* Dakuzaku (2010, p.19).

conscientizar o mundo acerca da necessidade de se implementar as declarações anteriores.

Em 1982, a Assembleia Geral da ONU adotou o Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência, que estabeleceu diretrizes para a inclusão social e econômica das pessoas com deficiência (ONU, 1982).

Em 1999 o sistema Interamericano de Direitos Humanos constatou que além das normas promocionais, em âmbito regional, fazia-se necessário punir indivíduos que insistissem em externar preconceitos em comportamentos negativamente discriminatórios, nasceu assim a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Pessoas Portadoras de Deficiência, em Convenção ocorrida na Guatemala, em 7 de junho de 1999.

Um dos marcos mais importantes na história da pessoa com deficiência foi a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assinada em Nova York, em 30 de março de 2007. Essa convenção reconhece a pessoa com deficiência como um sujeito de direitos, e não como um objeto de caridade, e estabelece diretrizes para a promoção da igualdade de oportunidades e a inclusão social e econômica das pessoas com deficiência (ONU, 2007).

Em 2013 a ONU fomentou um tratado para inclusão de pessoas cegas que recebeu o nome da cidade que sediou as negociações, nascendo o Tratado de Marraquexe (28/06/2013), tem por objetivo de facilitar o acesso a obras publicadas às pessoas cegas, com deficiência visual ou com outras dificuldades para ter acesso ao texto impresso.

Ao lado dessa visão histórica geral, um recorte se faz necessário para compreender, sob a ótica da realidade social, jurídica e histórica brasileira a evolução dos direitos da pessoa com deficiência em nossa nação, a ponto de invocarmos como direito das pessoas com deficiência um envolvimento de todos os poderes e instituições, públicas e privadas, na superação de barreiras e inclusão da pessoa com deficiência, unindo setores públicos num trabalho de rede, à qual se presente incluir, as Delegacias de Polícia.

1.3 Jus-historicidade brasileira da pessoa com deficiência como sujeito de direitos

Antes mesmo da era das navegações marítimas, trazendo o homem europeu nas terras brasileiras, o Brasil já possuía como habitantes nativos diversas tribos indígenas, cada qual com seus costumes, língua, crenças e modos de ser e viver. De acordo com a Melatti (2004, p. 32), estima-se que na época anterior ao descobrimento do Brasil, em 1500, viviam no país de 1 milhão a 4 milhões de indígenas, divididos em diversas tribos²¹. Segundo dados divulgados pela FUNAI, baseados no Censo Demográfico do IBGE de 2010, a população indígena é constituída de 896.917 pessoas, distribuídas em terras indígenas (517.383) e fora delas (379.534) vivendo no Brasil. Ainda, segundo esses dados, existem hoje cerca de 305 etnias indígenas no Brasil, falantes de mais de 274 línguas diferentes (IBGE, 2010).

Assim, em respeito a essa existência histórica e riqueza cultural, que influenciou a cultura eurocêntrica em nossas terras, é oportuno registrar passagens que descrevem a maneira como os povos indígenas brasileiros compreendem a pessoa com deficiência, sendo possível constatar a origem de nossos preconceitos, estigmatizações e compreensão da pessoa com deficiência, também por influência desses povos.

Não há registros sobre a história das pessoas com deficiência no Brasil no período pré-descobrimto²², no entanto, conforme registros feitos no pós-

²¹ Para Julian Steward, organizador e coordenador do famoso "Handbook of South American Indians", constituído de sete volumes publicados na segunda metade dos anos 40, afirmou que a população indígena, pré-cabralina, do Brasil seria de 1.229.085. Em 1976, William Denevan republicou o artigo "The Aboriginal Population of Amazonia" concluindo que a população de indígenas em 1500, no Brasil, seria de 4.277.547 e, por fim, o pesquisador John Hemming, em seu livro "Red Gold" (1978, pp. 487-501), apresenta uma estimativa do número de indígenas que teria o Brasil na época da chegada dos europeus de 2.431.000. Para um aprofundamento nestes dados recomenda-se a leitura de MELATTI, Julio Cezar. População indígena. Série Antropologia. Brasília: 2004. Disponível em <<https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/A4D00014.pdf>> acesso em 05 de outubro de 2023.

²² "É comum ouvirmos falar que a história do Brasil começa oficialmente em 22 de abril de 1500, quando a esquadra de Pedro Álvares Cabral ancorou na baía de Santa Cruz de Cabralia tomando posse destas terras em nome da Coroa Portuguesa. Como a história depende de documentos escritos, é também em 1500 que começa oficialmente a história dos índios que aqui viviam. História esta que já começa sendo escrita pelos invasores, pelos portugueses. Ao chegarem ao Brasil, os portugueses encontraram um território povoado. Seus habitantes, porém, desconheciam a escrita e não deixaram documentos sobre o próprio passado. O conhecimento que temos sobre os índios brasileiros do século XVI fundamenta-se principalmente em relatos e descrições dos viajantes europeus que aqui estiveram na época. A carta de Pero Vaz de Caminha fornece uma dimensão de como a narrativa sobre a história dos povos indígenas e a história do Brasil foi sendo construída ao longo dos séculos. Variados são os relatos, diferentes são as perspectivas. Mas, uma coisa é certa: a história dos povos indígenas tem sido

descobrimos e sua atual forma de tratar a pessoa com deficiência, é possível inferir a relação comunitária do passado.

Quando falamos do povo indígena a imagem que nos vem à mente são de homens e mulheres saudáveis e funcionais, agrupados em suas comunidades tribais, caçando, dançando, colhendo frutos, vivendo da pesca e de suas crenças. Nestas representações mentais, que exemplificam o modo de vida indígena que nos é retratada no senso comum, é inexistente a figura do indígena deficiente. Supondo não ser crível que qualquer das muitas etnias indígenas no Brasil, agora e desde sempre, não concebiam pessoas com deficiência, pode-se perguntar: onde estão as pessoas com deficiência nas tribos indígenas? Sobre essa questão, da pessoa com deficiência indígena, Ferreira (2012, p. 13 e 14) afirma:

No passado havia poucos registros de pessoas com deficiências, possivelmente porque não conseguiam sobreviver por razões mítico-religiosas e ambientais, como a precariedade de alimentação e de higiene das comunidades. O aumento dos registros são devidos às informações de nascimentos em hospitais, ações em prol do deficiente na sociedade e também por explicações culturais dos líderes indígenas, como desvio dos métodos naturais de saúde, ingestão de remédios, álcool, doenças sexualmente transmissíveis, toxoplasmose entre outras, e, principalmente, a vida vivida de forma contrária aos ensinamentos da cultura e ao *Teko Porã*.

Discorrendo sobre esse mesmo contexto Bruno e Souza (2014, p. 426 e 427) ensinam:

No passado, as crianças indígenas Kaiowá e Guaraní eram criadas dentro da estrutura da família extensa ou parentela que abrangia desde avós aos netos, incluindo genros e noras, todos morando numa única casa grande, espalhadas pelo território. [...] Em uma única casa, cada casal com seus filhos e agregados se organizava dentro dela com seu fogo e utensílios próprios para a culinária, redes, bancos, demais pertences e instrumentos para o trabalho, denominado por Pereira (1999) de fogo familiar. Nessas casas, adultos e crianças trabalhavam juntos, dividindo as atividades diárias. As crianças aprendiam vendo, ouvindo, praticando e, de acordo com a idade e sexo, tinham certas obrigações. Quase todo o cotidiano implicava a necessidade de educar e ensinar as crianças ao modo de ser deste grupo.

sempre descrita a partir da colonização, do encontro entre dois mundos, como a narrativa da transferência de pessoas, instituições e conhecimentos para um novo mundo, não-europeu". TEAO, Kalna Mareto; LOUREIRO, Klítia. História dos povos indígenas do Brasil. Adriana V. G. Hartwig (et al). (Org.). Culturas e história dos povos indígenas. 1ed. Vitória: UFES/ NEAAD, 2011, v. 01, p. 41-60. Disponível em <https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/09120316052013Culturas_e_Historia_dos_Povos_Indigenas_Mod_3_aula_03.pdf> acesso em 05 de outubro de 2023.

O infanticídio tribal, assim como ocorreu na antiguidade greco-romana, também era praticado pelas tribos indígenas, vejamos a entrevista realizada com um representante da tribo Kaiowá sobre o nascimento de crianças deficientes, registrado por Bruno e Souza (2014, p. 7):

Esses daí os Kaiowá não deixam que sobreviva. Por exemplo, aqui mesmo eu já vi muito, em Dourados... Todo lugar. Aquela criança que não anda, que fica assim [fez gesto indicando paralisia]... Destes eles tinham medo antigamente. Ao acabar de nascer da mulher, eles pegavam e diziam: Esse não pode [não deve] ficar aqui. Levava de novo, fazia para ele um buraco no chão, embrulhava bem, enterrava. Acabou de nascer, já levava e enterrava. [Com quais deficiências eles agiam dessa maneira?] Com esses... loucos [bobos]. Pode ser com os que *ogwenohê va'e inhapekũ*, o que não veem. Quando a mão era torta, ou o pé... Sobre esses diziam: Esses não é bom que deixemos crescer. (Relato nº 8, Sr. D).

Portanto, é possível concluir, neste ponto, que o comportamento das tribos indígenas, na época do descobrimento do Brasil, era semelhante às práticas realizadas pelas antigas civilizações, eliminando a existência da pessoa com deficiência das comunidades que pertenciam.

Ainda que não se possa afirmar pela eliminação completa do infanticídio indígena, de crianças com deficiência, nos dias atuais, é certo que nas tribos indígenas fortemente influenciadas em seu modo de vida, por serviços públicos e valores ocidentais, o infanticídio de crianças deficientes foi abandonado ou, quando não, aplicado de maneira seletiva, fato que se constata pelo crescente número de crianças e pessoas com deficiência convivendo com suas famílias na atualidade, conforme análise de Buratto (2010, p. 40-41), ao comparar o modo de vida tradicional e o modo de vida atual de determinadas tribos brasileiras. Vejamos:

Tradicionalmente, guerreiros Kaingang, hábito que é conservado até os dias atuais, de acordo com o relato abaixo, sacrificavam idosos e crianças deficientes que poderiam por em risco suas expedições de guerra. [...] Com as mudanças nas formas tradicionais de vida, essas atitudes foram sendo modificadas. Em nossas observações os 'Kuiãs rezadores e benzedores' por conhecimentos ancestrais são respeitos. Entretanto, com o contato e com a introdução das unidades de saúde nas Terras Indígenas, o atendimento pela medicina ocidental tem prevalecido. [...] Em relação aos deficientes, mesmo com o precário atendimento de saúde e educação, continuam sobrevivendo juntamente com seus familiares. Exemplo disso pode ser verificado na Terra Indígena Ivaí [...]. Observa-se também nesta Terra Indígena que as pessoas com deficiência, pelas condições adversas que enfrentam com seus familiares, ficam mais vulneráveis às doenças e conseqüentemente à morte.

Assim, pode-se concluir que as comunidades indígenas, tradicionalmente fundamentadas em justificativas míticas e/ou sociais, como a inaptidão para se tornar guerreiro, praticavam o infanticídio para eliminar crianças nascidas com deficiências. Gradualmente, essa prática foi desencorajada à medida que essas comunidades assimilaram os valores e os serviços públicos, especialmente na área de saúde, da sociedade ocidental, desde o período da colonização até os dias atuais.

Após a chegada dos portugueses (por volta de 1530), no período colonial, o deficiente era visto como um ser incapaz e desprovido de qualquer direito. A legislação da época, de origem portuguesa, considerava o deficiente como uma pessoa inválida e incapaz de trabalhar, o que justificava a sua exclusão social e sua dependência dos familiares e da caridade pública, conforme descreve Aranha (2002, p.1):

A pessoa portadora de deficiência, em nosso país, no período colonial, era relegada à responsabilidade exclusiva da família, a qual, na ausência de políticas públicas voltadas para atender esse segmento populacional, ficava à mercê de suas crenças e possibilidades pessoais, sociais, econômicas, religiosas e culturais. De maneira geral, crenças no sobrenatural e a ignorância técnico-científica determinavam, na população, a prevalência de uma leitura metafísica carregada de mitos, preconceitos e fatalismos no que se refere à deficiência e à pessoa portadora de deficiência. Essa leitura, por sua vez, fazia do trato da deficiência uma tarefa difícil, dolorosa e frustrante.

Essa compreensão da pessoa com deficiência, ainda no período colonial brasileiro, é tão forte que, no período imperial, quando de nossa primeira Constituição, em 1824, é feita referência às pessoas com deficiência tão somente para dizer que não tinham direitos de cidadania, vejamos na explicação de Moises e Stockmann (2020, p. 9):

Dois anos após a declaração de independência, anuncia-se a primeira Constituição em março de 1824. [...]A primeira Constituição assegurava em seu artigo 179, inciso XXII 'A Instrução primaria, e gratuita a todos os Cidadãos", no entanto, a cidadania se restringia a homens, excluindo mulheres e escravos, e sobre as pessoas com deficiência, lembra-se apenas no artigo 8º, inciso I, como um dos quesitos para a perda dos direitos de cidadania a 'incapacidade physica ou moral' (BRASIL, 1824).

No entanto, é no período do Brasil Império que Dom Pedro II oficializa, pelo Decreto nº 1.428, de 12 de setembro de 1854, o Imperial Instituto de Meninos Cegos, que hoje conhecemos como Instituto Benjamin Constant (IBC), em seguida, pela Lei nº 939, de 26 de setembro de 1854, o Império destinou recursos para a manutenção

do Instituto de Surdos-Mudos, hoje Instituto Nacional de educação de Surdos (INES), conforme Moises e Stockmann (2020, p. 9 e 10).

Essas conquistas foram limitadas e pouco efetivas na prática. A falta de políticas públicas e a discriminação social impediram que os direitos das pessoas com deficiência fossem garantidos de fato, o que perpetuou sua exclusão e marginalização ao longo dos séculos seguintes (CABRAL FILHO e FERREIRA, 2013, p. 99).

A análise jurídica, dos direitos das pessoas com deficiência, será aprofundada no tópico seguinte, entretanto, é oportuno registrar que após essas iniciativas oficiais, seguiu-se o Brasil com a abolição da escravatura pela Lei n.º 3.353, de 13 de maio de 1888 (Lei Áurea), sem qualquer projeto social de inclusão dos egressos escravos à cidadania da época, neste contexto certamente devemos incluir os recém libertos deficientes ou com moléstias oriundas da escravidão. A Lei Áurea é constituída de apenas dois singelos artigos, sem qualquer forma de contraprestação ou previsão da destinação aos egressos da escravidão, a saber:

Art. 1º: É declarada extinta desde a data desta lei a escravidão no Brazil.

Art. 2º: Revogam-se as disposições em contrário.

A chegada da República, em 15 de novembro de 1889, e sua nova Constituição, de 1891, não representou avanços significativos às pessoas com deficiência. Embora a igualdade formal fosse prevista no texto de 1891, em seu artigo 71 a exclusão da pessoa com deficiência do rol de direitos que conferiam cidadania era expressa:

Art 71 - Os direitos de cidadão brasileiro só se suspendem ou perdem nos casos aqui particularizados.

§ 1º - **Suspendem-se:**

a) **por incapacidade física** ou moral; (...)

(destaques nossos)

A abolição da escravatura trouxe a necessidade de mão de obra para suprir a lacuna deixada pelos escravos, neste sentido em 1886 a 1920 o Brasil recebeu mais de um milhão de imigrantes para trabalhar com a lavoura e na nascente indústria de manufatura (LANZA, 2015, p. 88), supervalorizando a mão de obra estrangeira em detrimento da disposição de pessoas livres, porém, marcadas pela antiga escravidão.

Na Constituição de 1934, foi inserido o primeiro artigo que tratava especificamente dos direitos da pessoa com deficiência, o art. 138, que previa a assistência e proteção do Estado aos deficientes físicos e mentais. Sob a égide da Constituição de 1937, foi criado o Conselho Nacional de Proteção aos Excepcionais, que tinha como objetivo promover a integração social e a proteção das pessoas com deficiência. Na Constituição de 1946 foi estabelecido, em seu art. 157, a obrigação do Estado de garantir a educação e a saúde às pessoas com deficiência, mas não previa medidas efetivas para a promoção da igualdade de oportunidades e a eliminação das barreiras que impediam o exercício pleno da cidadania por parte das pessoas com deficiência.

Essa crescente atenção à pessoa com deficiência, na Constituição de 1967, recebeu o incremento de uma agência, sendo criado o Serviço Nacional de Assistência aos Deficientes (SENAD), que tinha como objetivo promover a reabilitação e a integração das pessoas com deficiência na sociedade.

Conforme se vê, as Constituições de 1934, 1937, 1946 e 1967 trouxeram avanços para a inclusão das pessoas com deficiência, como a previsão de proteção à saúde e à assistência social, mas também perpetuaram a visão assistencialista e segregadora em relação às pessoas com deficiência. Além disso, tais direitos eram muitas vezes não efetivados na prática.

Diante da não efetividade das normas constitucionais na instituição de políticas públicas pelo Estado, a sociedade civil organizou-se na luta pelos direitos das pessoas com deficiência. Na década de 50 e 60, especialmente em razão das consequências das duas Grandes Guerras e todo o movimento de inclusão na Europa e E.U.A., teve início no Brasil o surgimento de organizações de pessoas com deficiência e seus familiares, para representar os interesses das pessoas com deficiência, bem como cobrar do Estado os deveres elencados nas normas produzidas pelo próprio Estado Moises e Stockmann (2020, p. 12).

Digno de registro, desse período, os estudos desenvolvidos pelo italiano Franco Basaglia, em 1968, sobre a necessidade de reformas no tratamento dispensado às pessoas deficientes intelectuais e pessoas com transtornos mentais na Itália, estudos que foram compilados na obra “A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico”, que teve grande influência no movimento antimanicomial brasileiro, contexto que forjou Lei n. 10.216, de 2001, conhecida como Lei da reforma

psiquiátrica, a ser abordada no capítulo seguinte. Sobre Franco Basaglia, conforme Lopes (2023, p. 34-35, 42 e 45)²³:

Eis que em 1968, o italiano Franco Basaglia, considerado um dos maiores símbolos da luta por reformas na área da saúde mental, publica a obra “A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico”, uma verdadeira denúncia à situação do manicômio e à falência desta instituição enquanto espaço terapêutico, dando início ao processo de desinstitucionalização do aparato manicomial italiano. Em seus estudos ele pondera que o paciente é fruto de uma violência institucional que conta com o aval da própria sociedade, que, inclusive, também, exerce a sua própria violência sobre ele (...). Franco Basaglia, assim, analisando o ambiente manicomial, em 1971, coloca em prática suas ideologias e inicia o que ficou conhecido como processo de desinstitucionalização, responsável pelo desmonte da antiga estrutura asilar, tendo como orientação o fim da violência na instituição psiquiátrica tradicional e a busca por novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem de assistência psiquiátrica. Assim sendo, Franco Basaglia visou romper com o antigo modelo da psiquiatria que sempre se restringiu a coisificação o ser humano e se projetou seus estudos para além dos muros, deixando de se resumir unicamente ao tratamento da doença, e voltando o seu olhar clínico para a própria comunidade, local que ele entendia ser a origem da marginalização e da segregação manicomial. Sua experiência, suas críticas à psiquiatria tradicional e, principalmente, os resultados obtidos com seus estudos de reinserção territorial e cultural do paciente na comunidade foram reconhecidos pelo parlamento italiano, que em 1978, através da Lei n.º 180, que extinguiu por completo os manicômios italianos. No âmbito internacional, a Organização Mundial da Saúde, já em 1973, recomendava os debates sobre os estudos de Basaglia, promovendo importantes programas para a formação de profissionais sociais e de saúde a partir das experiências desenvolvidas pela equipe de Basaglia. Ademais, os estudos de Basaglia foram, inclusive, os responsáveis pela transformação da assistência psiquiátrica no Brasil (...) Interessante, neste momento da leitura, fazer um adendo sobre o Hospital Psiquiátrico Colônia, localizado em Barbacena-MG, um dos mais antigos hospitais psiquiátricos do Brasil (inaugurado em 1903). Esse hospital foi visitado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro na luta contra os manicômios, que, na oportunidade, adjetivou o hospital brasileiro como um campo de concentração nazista (...) Mais a frente, na década de 1980, a semente plantada pela visita e as críticas tecidas por Franco Basaglia sobre o Hospital Colônia de Barbacena/MG, bem como seus ensinamentos que defendiam a desinstitucionalização, fez surgir o sentimento antimanicomial (...)

Como frutos dessa organização pode-se citar que na Constituição de 1988, a pessoa com deficiência foi reconhecida como sujeito de direitos, tendo garantido o pleno exercício de seus direitos fundamentais.

²³ Sobre Franco Basaglia, sua metodologia de tratamento mental e sua influência no movimento antimanicomial recomenda-se a leitura do trabalho de dissertação de Ismael Alves Lopes *in* A aplicação da medida de segurança de internação aos portadores de transtornos mentais: um estudo da (re)adequação da medida de segurança diante das novas políticas de saúde mental. Programa de Mestrado. Universidade Santa Cecília. Santos: 2023. Disponível em <https://unisanta.br/arquivos/mestrado/direito/dissertacoes/Dissertacao_ISMAELALVESLOPES582.pdf> acesso em 18 de setembro de 2024.

A Constituição de 1988 previu em seu art. 227, § 1º, II, a igualdade de direitos e oportunidades às crianças com deficiência, e no art. 244, a garantia do acesso à educação e ao ensino profissionalizante. Além disso, foi estabelecido o direito ao trabalho e à previdência social para as pessoas com deficiência, sem discriminação quanto ao salário e critérios de admissão, conforme o art. 7º, XXXI e, no art. 203, IV, a habilitação e reabilitação com integração à vida comunitária.

Em 1989, foi criada a primeira lei brasileira voltada para a pessoa com deficiência, a Lei nº 7.853, que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social. Esta lei estabelece normas gerais para a promoção dos direitos da pessoa com deficiência, tais como acessibilidade, educação, trabalho, saúde, reabilitação, transporte, entre outros.

Em 2000, foi promulgada a Lei nº 10.048/00, que estabelece prioridade de atendimento para as pessoas com deficiência nos serviços públicos e privados prestados à população; no mesmo ano, também foi promulgada a Lei nº 10.098, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, ou seja, essa lei dispõe sobre a acessibilidade nos edifícios, espaços públicos, equipamentos urbanos e de transporte. No ano de 2002 foi promulgada a Lei nº 10.436/02, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (Libras) e dá outras providências, ela reconhece a Libras como meio legal de comunicação e expressão das pessoas surdas. Finalmente, em 2015, foi criada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, que estabelece medidas para a inclusão social e garantia de direitos dessa população, lei que prevê diversos direitos, tais como acessibilidade, educação, trabalho, saúde, reabilitação, transporte, cultura, lazer, entre outros.

Apesar dos avanços conquistados, ainda há muito a ser feito para garantir a inclusão social e econômica das pessoas com deficiência. A falta de acessibilidade, a discriminação e o preconceito ainda são obstáculos para a plena participação das pessoas com deficiência na sociedade. É necessário, portanto, continuar lutando pelos direitos das pessoas com deficiência e promover a inclusão social e econômica dessa população.

Importante, ao final deste capítulo no qual se discorreu preponderantemente acerca de aspectos históricos, com algumas considerações de natureza jurídica, relacionados à pessoa com deficiência, apresentar a sistematização de Sasaki

(2012, p.2) quanto as práticas sociais em relação às pessoas com deficiência, que divide essas práticas em quatro eras ou fases, a saber:

- Fase da Exclusão (rejeição social): tem início na antiguidade indo até início do século XIX, na qual a pessoa com deficiência era anulada, morta ou abandonada, de toda a forma, excluída da sociedade. O surgimento do Cristianismo mudou a concepção da pessoa com deficiência, que passou a ser aceita com filho de Deus e merecedora de cuidado. No século VI começam a surgir os hospitais, proporcionando alimentação, educação e os cuidados que precisavam. O Renascimento no século XIV dá início à visão médica para explicar relações causais da deficiência, sob o ponto de vista médico.
- Fase da Segregação (institucionalização): se inicia no século XIX e vai até o final do século XX e início do século XXI, sendo associado aos grandes centros nos quais as pessoas com deficiência eram agrupadas, em tese, para ofertar melhores condições de vida em institutos para cegos, surdos, mudos e pessoas com deficiência intelectual. De certo modo, nestes lugares, a pessoa com deficiência era escondida, guardada, invisibilizada socialmente, ao ser destinada em instituições segregadoras, na qual o convívio social se limitava ao grupo segregado. Essa fase foi marcada por forte atuação assistencialista.
- Fase da Integração (modelo médico de deficiência): Já em pleno século XX, nos idos dos anos 40, surgem os serviços públicos de reabilitação física e profissional, cujo objetivo é qualificar a pessoa com deficiência para se adaptar, se integrar a uma sociedade típica, lutando para superar as barreiras, adequando-se às pessoas, ambientes e condições que ignoravam a presença de pessoas com deficiências.
- Fase da Inclusão: de inspiração nos movimentos de defesa das pessoas com deficiência nos EUA e Europa, começou a ser questionado o modelo de integração da pessoa com deficiência. Em 1994, a Espanha, surge a Declaração de Salamanca, “sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais” com o conceito de inclusão da pessoa com deficiência nos serviços educacionais. A inclusão foi ampliada para todos os âmbitos existenciais, assim, as pessoas típicas (sem deficiência), os ambientes

e equipamentos é que devem se adequar para propiciar às pessoas com deficiência o exercício dos direitos inerentes à sua dignidade e cidadania.

1.4 Conceito de deficiência intelectual e transtorno mental

Deficiência intelectual e transtorno mental são condições com pontos de semelhança e diferenças complexas, que podem variar conforme o paradigma etiológico (estudo das causas) ou sintomático (descrição dos sintomas e distúrbios) adotado pelo médico especialista.

Tomando-se como ponto de partida as obras referenciais (CID-11, DSM-5 e 12ht do Manual do AAIDD) chega-se à conclusão que os especialistas estão, aos poucos, caminhando para pontos de convergência na caracterização de uma e de outra, ou seja, o que é deficiência intelectual e o que é transtorno mental, todavia, o debate é de alta complexidade médica, o que fugiria ao objeto deste trabalho que trata do encaminhamento dessas pessoas potencialmente pertencentes à essa população, da pessoa com deficiência intelectual e da pessoa com transtorno mental, à unidade de saúde.

Desse modo, para fins de encaminhamento, da unidade policial para a unidade de saúde, da pessoa que apresenta indícios de deficiência intelectual e/ou de transtorno mental, cabe somente ao profissional de saúde situa-lo em uma e/ou outra categoria, cabendo ao policial civil o necessário encaminhamento da pessoa que: (i) aparentemente tenha deficiência intelectual e/ou transtorno mental e (ii) esteja, no momento do atendimento, em condição de aparente desamparo.

Razões pelas quais serão analisados os conceitos apresentados pelos principais manuais médicos de referência na caracterização do que seja deficiência intelectual e transtorno mental, bem como o caso particular do autismo.

Analisando o termo “deficiência intelectual” é perceptível em algumas obras, pesquisas e normas o uso do termo “deficiência mental” para se referir à mesma realidade, entretanto, por diversos debates na comunidade acadêmica, chegou-se à conclusão que o termo “intelectual” está relacionado ao funcionamento do intelecto e, por outro lado, o termo “mental” ao funcionamento da mente como um todo, assim, conforme estudos de Sasaki (2005, p.10), compreende-se, na atualidade, adequado o uso do termo “deficiência intelectual”, vejamos:

Agora, um comentário sobre os vocábulos deficiência mental e deficiência intelectual. Ao longo da história, muitos conceitos existiram e a pessoa com esta deficiência já foi chamada, nos círculos acadêmicos, por vários nomes: oligofrênica; cretina; tonta; imbecil; idiota; débil profunda; criança subnormal; criança mentalmente anormal; mongolóide; criança atrasada; criança eterna; criança excepcional; retardada mental em nível dependente/custodial, treinável/adestrável ou educável; deficiente mental em nível leve, moderado, severo ou profundo (nível estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, 1968); criança com déficit intelectual; criança com necessidades especiais; criança especial etc. Mas, atualmente, quanto ao nome da condição, há uma tendência mundial (brasileira também) de se usar o termo deficiência intelectual, com o qual concordo por duas razões. A primeira razão tem a ver com o fenômeno propriamente dito. Ou seja, é mais apropriado o termo intelectual por referir-se ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo. A segunda razão consiste em podermos melhor distinguir entre deficiência mental e doença mental, dois termos que têm gerado confusão há vários séculos. (...) Pois são termos parecidos, que muita gente pensa significarem a mesma coisa. Então, em boa hora, vamos separar os dois construtos científicos. Também no campo da saúde mental (área psiquiátrica), está ocorrendo uma mudança terminológica significativa, que substitui o termo doença mental por transtorno mental. Permanece, sim, o adjetivo mental (o que é correto), mas o grande avanço científico foi a mudança para transtorno. Em 2001, o Governo Federal brasileiro publicou uma “lei sobre os direitos das pessoas com transtorno mental” (Lei n. 10.216, de 6/4/01), na qual foi utilizada exclusivamente a expressão transtorno mental. Aqui também se aplica o critério do número: pessoa(s) com transtorno mental e não pessoa(s) com transtornos mentais, mesmo que existam várias formas de transtorno mental. Segundo especialistas, o transtorno mental pode ocorrer em 20% ou até 30% dos casos de deficiência intelectual (Marcelo Gomes, “O que é deficiência mental e o que se pode fazer?”, s/d, p.7), configurando-se aqui um exemplo de deficiência múltipla. Hoje em dia cada vez mais se está substituindo o adjetivo mental por intelectual. A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde realizaram um evento (no qual o Brasil participou) em Montreal, Canadá, em outubro de 2004, evento esse que aprovou o documento DECLARAÇÃO DE MONTREAL SOBRE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL. Observe-se que o termo intelectual foi utilizado também em francês e inglês: Déclaration de Montreal sur la Déficience Intellectuelle, Montreal Declaration on Intellectual Disability). A expressão deficiência intelectual foi oficialmente utilizada já em 1995, quando a Organização das Nações Unidas (juntamente com The National Institute of Child Health and Human Development, The Joseph P. Kennedy, Jr. Foundation, e The 1995 Special Olympics World Games) realizou em Nova York o simpósio chamado INTELLECTUAL DISABILITY: PROGRAMS, POLICIES, AND PLANNING FOR THE FUTURE (Deficiência Intelectual: Programas, Políticas e Planejamento para o Futuro). A propósito, uma influente organização espanhola mudou seu nome, conforme notícia publicada em 2002: “Espanha - Resolução exige a substituição do termo deficiência mental por deficiência intelectual. A Confederação Espanhola para Pessoas com Deficiência Mental aprovou por unanimidade uma resolução substituindo a expressão “deficiência mental” por “deficiência intelectual”. Isto significa que agora a Confederação passa a ser chamada Confederação Espanhola para Pessoas com Deficiência Intelectual (Confederación Española de Organizaciones en favor de Personas con Discapacidad Intelectual).

Assim, fundamentado o uso do termo, atualmente, para “deficiência intelectual” é oportuno a abordagem de seu conceito.

Um dos conceitos de deficiência intelectual é o registrado pela *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD), em tradução livre “Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento”, que na “12th Edition of the AAIDD Manual”, publicado no ano de 2021, caracteriza a deficiência intelectual nos seguintes termos:

ID is a disability characterized by significant limitations in both intellectual functioning and adaptive behavior as expressed in conceptual, social, and practical skills. This disability originates during the developmental period, which is defined operationally as before the individual attains age 22.²⁴

Outro conceito complementar está expresso na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), na edição nº 11, que no capítulo 06 reúne os “Transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento” descrevendo-os como:

*Mental, behavioural and neurodevelopmental disorders are syndromes characterised by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or behaviour that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes that underlie mental and behavioural functioning. These disturbances are usually associated with distress or impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning.*²⁵

E para fazer o fechamento neste campo epistémico, é oportuno o registro apresentado pela “American Psychiatric Association” (Associação Americana de Psiquiatria), em seu DSM-5 (sigla para “Diagnostic and Statistical Manual of Mental

²⁴ Em tradução livre: “A DI é uma deficiência caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual quanto no adaptativo comportamento expresso em habilidades conceituais, sociais e práticas. Esta deficiência surge durante o período de desenvolvimento, que é definido operacionalmente como antes do indivíduo atingir a idade de 22 anos”. Conforme encarte “Twenty Questions and Answers Regarding the 12th Edition of the AAIDD Manual” (Vinte perguntas e respostas sobre a 12ª edição do Manual AAIDD). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Disponível no sítio eletrônico <https://www.aaid.org/docs/default-source/intellectualdisability/12th-ed-twenty-questions-faq.pdf?sfvrsn=a6403421_8> acesso em 17 de maio de 2024.

²⁵ Em tradução livre “Os transtornos mentais, comportamentais e do neurodesenvolvimento são síndromes caracterizadas por distúrbios clinicamente significativos na cognição, regulação emocional ou comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental e comportamental. Esses distúrbios geralmente estão associados a sofrimento ou prejuízo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento”.

Disorders” ou, em tradução oficial da entidade para o Brasil, “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”, em sua 5ª edição, de 2014), que apresenta uma abrangente classificação de deficiências intelectuais e transtornos mentais, a saber (2014, p. 13-40):

- **Transtornos do Neurodesenvolvimento (31):** *v.g.* Deficiências Intelectuais, Transtornos da Comunicação (Gagueira), Transtorno do Espectro Autista, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (desatento, hiperativa, compulsiva) Transtorno Específico da Aprendizagem (com prejuízo da leitura, da escrita, da matemática), Transtornos Motores (Transtornos de Tique, Transtorno de Tourette) etc;
- **Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos (87):** *v.g.* Transtorno (da Personalidade) Esquizotípica, Delirante, Psicótico Breve, Esquizofreniforme, Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo (tipo bipolar, tipo depressivo), Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica, Catatonias, Transtorno Bipolar, Transtornos de Ansiedade, Transtorno Obsessivo-compulsivo, Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores, Transtornos Dissociativos, Transtorno de Sintomas Somáticos etc;
- **Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta (461):** *v.g.* Transtorno de Oposição Desafiante (462), Transtorno Explosivo Intermitente (466), Transtorno da Conduta (470), Transtorno da Personalidade Antissocial (476), Piromania (476), Cleptomania (478) etc;
- **Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos (481):** *v.g.* relacionados ao álcool, cafeína, Cannabis, alucinógenos, Inalantes, Opioides, Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos, Estimulantes (cocaína), tabaco etc;

- **Transtornos Neurocognitivos (591):** *v.g. delirium* por abstinência, intoxicação, medicação, condição médica etc;
- **Transtornos Neurocognitivos Maiores e Leves (602):** classificados em razão da origem em Doença de Alzheimer, Degeneração lobar frontotemporal, Doença com corpos de Lewy, Doença vascular, Lesão cerebral traumática, Uso de substância/medicamento, Infecção por HIV, Doença de príon, Doença de Parkinson, Doença de Huntington, Outra condição médica, Múltiplas etiologias, Não especificado etc.
- **Transtornos da Personalidade (645):** *v.g.* Grupo A (Paranoide, Esquizoide, Esquizotípica), Grupo B (Antissocial, Borderline, Histriônica, Narcisista) e Grupo C (Evitativa, Dependente, Obsessivo-compulsiva) etc.

A título de ilustração, pertinente o conceito de deficiência intelectual no DSM-5 (2014, p. 77):

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático. Os três critérios a seguir devem ser preenchidos:

A. Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.

B. Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação a independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade.

C. Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

(destaques nossos)

Importante, nesta mesma linha, o registro do conceito de transtorno no DSM-5, tome-se como ilustração deste grande grupo o transtorno da esquizofrenia (2014, p. 131-132):

O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos inclui esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e transtorno (da personalidade) esquizotípica. Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

(...)

Os delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (p. ex., persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza).

(...)

Alucinações são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vívidas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário. Podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial, embora as alucinações auditivas sejam as mais comuns na esquizofrenia e em transtornos relacionados.

(...)

A desorganização do pensamento (transtorno do pensamento formal) costuma ser inferida a partir do discurso do indivíduo. Este pode mudar de um tópico a outro (descarrilamento ou afrouxamento das associações). As respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma (tangencialidade). Raras vezes, o discurso pode estar tão gravemente desorganizado que é quase incompreensível, lembrando a afasia receptiva em sua desorganização linguística (incoerência ou “salada de palavras”).

(...)

Comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal pode se manifestar de várias formas, desde o comportamento “tolo e pueril” até a agitação imprevisível. Os problemas podem ser observados em qualquer forma de comportamento dirigido a um objetivo, levando a dificuldades na realização das atividades cotidianas. **Comportamento catatônico** é uma redução acentuada na reatividade ao ambiente. Varia da resistência a instruções (negativismo), passando por manutenção de postura rígida, inapropriada ou bizarra, até a falta total de respostas verbais e motoras (mutismo e estupor). Pode, ainda, incluir atividade motora sem propósito e excessiva sem causa óbvia (excitação catatônica).

(...)

Sintomas negativos respondem por uma porção substancial da morbidade associada à esquizofrenia, embora sejam menos proeminentes em outros transtornos psicóticos. Dois sintomas negativos são especialmente proeminentes na esquizofrenia: expressão emocional diminuída e avolia. **Expressão emocional diminuída** inclui reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contato visual, na entonação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso. **A avolia** é uma redução em atividades motivadas, autoiniciadas e com uma finalidade. A pessoa pode ficar sentada por períodos longos e mostrar pouco interesse em participar de atividades profissionais ou sociais.

(destaques nossos)

Nota-se, assim, que discorrer sobre cada uma das deficiências intelectuais e dos transtornos mentais seria uma tarefa que fugiria ao objeto deste trabalho, desviando seu eixo de uma abordagem jurídica para uma abordagem médica. Nesse ponto, para um aprofundamento sobre cada uma dessas condições, sugere-se a leitura dos respectivos compêndios (CID-11, AAIDD e DSM-5). Outro aspecto a ser

ressaltado é que apenas o profissional de saúde, muitas vezes em equipe multidisciplinar, será capaz de diagnosticar, com precisão razoável, a deficiência intelectual e/ou transtorno mental em um determinado indivíduo. Por essa razão, destaca-se que, para fins de encaminhamento da unidade policial à unidade de saúde, cabe ao policial civil realizar o necessário encaminhamento da pessoa atendida que (i) aparentemente apresente deficiência intelectual e/ou transtorno mental (pois a certeza dessa condição será determinada no âmbito do serviço de saúde) e (ii) esteja em condição de aparente desamparo, ou seja, sem o acompanhamento de alguém capaz de suprir suas necessidades imediatas para garantir sua segurança e bem-estar no momento do atendimento policial.

No âmbito jurídico a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949/2009) apresenta, no artigo 1, o que se entende por pessoa com deficiência, considerando, inclusive, a deficiência intelectual:

Art. 1. Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), com ligeiras diferenças, em sua essência, alinhou-se à Convenção Internacional e, em seu artigo 2º:

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

O transtorno mental é abordado na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, todavia, justamente em razão da complexidade de distinguir o transtorno mental da deficiência intelectual, e também para não excluir o acesso das pessoas deste último grupo aos direitos previstos na lei, vez que muitas deficiências intelectuais são acompanhadas de transtornos mentais, o legislador optou por não fazer referência a um conceito legal, deixando a lei mais inclusiva possível, para abranger todas as pessoas, independentemente da origem do transtorno mental, se em razão de deficiência intelectual, uso de drogas

lícitas/ilícitas, doenças mentais etc., tratando todos que dela necessitem como sujeitos de direitos, conforme se lê na justificativa legal para a edição da lei, vejamos:

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar - da única forma possível - o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos.

Saladas Sessões, de setembro de 1989. -Paulo Delgado, PT-MG.

No próximo tópico a Lei n. 10.216/2001 será analisada sob o contexto do SUS, todavia, no âmbito das pessoas com deficiência intelectual e transtorno mental, é importante destacar a Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que “institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista”, entre outras disposições.

Em relação ao Transtorno do Espectro Autista (TEA)²⁶, sob a perspectiva médica, há um desafio conceitual quanto ao enquadramento como deficiência intelectual (DI) ou transtorno mental, que pode variar conforme a vertente metodológica adotada, uma vez que o autismo pode estar ou não acompanhado de déficit cognitivo. Assim, é possível haver casos de autismo com ou sem deficiência intelectual (DI), conforme nos informa Freitas (2016, p. 5-6):

Pessoas com TEA e DI têm necessidades diferentes de indivíduos com DI ou TEA isolados (CARMINATI et al. 2007; GILCHRIST et al. 2001). Assim, fazer essa caracterização do perfil de crianças com TEA e DI é muito mais do que um exercício acadêmico. **Três grupos distintos podem ser identificados: pessoas que apresentam DI, pessoas com TEA e as pessoas com TEA e DI** (NOTERDAEME, EUDERS, 2009). **A combinação de TEA e DI apresenta muitos desafios e déficits em vários comportamentos e habilidades, que não são observados em indivíduos que apresentam somente o TEA ou somente a DI** (BOUCHER et al. 2008). O foco, portanto,

²⁶ Em inglês, o TEA é chamado de Autism Spectrum Disorder (ASD), sobre a origem do termo vale citar a pesquisa de Pimenta (2003, p. 18): “termo autismo foi criado pelo psiquiatra suíço Eugéne Bleuler (1857-1939), baseando-se na concepção freudiana de “auto-erotismo”. Sigmund Freud (1856-1939), por sua vez, tomara este termo emprestado do médico inglês Havelock Ellis (1859-1939). Mas foi o pediatra e psiquiatra austríaco Leo Kanner (1894-1981), radicado nos Estados Unidos, quem isolou um conjunto de manifestações patológicas infantis e, utilizando-se do termo criado por Bleuler, reuniu-as sob o que denominou Autismo Precoce Infantil. (...) O adjetivo “precoce” se devia ao surgimento dos sintomas desde cedo, elucidados pela ausência da atitude antecipatória, aos quatro meses de vida, e do ajuste de seu corpo à posição da pessoa que a carregava (...)”. In PIMENTA, Paula Ramos. Autismo: déficit cognitivo ou posição do sujeito?. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2003. Disponível em <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-96TKC6/1/disserta__opaulapimenta2003.pdf> acesso em 01 de outubro de 2024.

tem sido, principalmente, em identificar o funcionamento cognitivo, que está associado com os comportamentos, que permitem ao indivíduo ser mais autossuficiente. **A comorbidade do TEA com DI aumenta o nível de dependência para atividades de vida diária, diminui as chances para inserção escolar e no trabalho.** Os estudos mostram um pior funcionamento adaptativo e sintomas mais graves do autismo, quando a DI está associada (...)

(destaques nossos)

No que se refere à cognição dos autistas, é pertinente a pesquisa apresentada por Pimenta (2003, p. 33-34):

A inteligência dos autistas é variada, oscilando de muito subnormal a acima da média. Calcula-se que 60% dos autistas apresentem Q.I. (quociente de inteligência) abaixo de 50; 20% encontram-se entre 50 e 70, e os demais 20% demonstram um Q.I. acima de 70. Devemos ressaltar que os resultados da medida de inteligência de autistas apresentam uma ampla variação, oscilando no tempo e em diferentes testes. De modo geral, as crianças autistas demonstram uma extrema variabilidade de funcionamento intelectual e são freqüentemente não testáveis em tarefas verbais. Quando esse tipo de teste é possível, mostram um pior desempenho em tarefas que requeiram pensamento simbólico ou abstrato e seqüência lógica. Por outro lado, sobressaem-se naquelas tarefas que necessitem de habilidades manipulativas e viso-espaciais ou de memória imediata.

A produção científica em termos de pesquisa e debates sobre a etiologia, diagnóstico e tratamento do autismo é intensa, gerando inúmeras teorias, protocolos e classificações do autismo, ora como transtorno, ora como deficiência, ora como uma condição multifatorial. Sob a perspectiva jurídica, para evitar que os autistas fiquem sem o reconhecimento dos direitos expressamente previstos para pessoas com deficiência, a Lei nº 12.764/2012, conhecida como Lei Berenice Piana²⁷, conceitua a pessoa com transtorno do espectro autista no art. 1º, §1º, incisos I e II, nos seguintes termos:

Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação

²⁷ Conforme o Portal AUTISMO E REALIDADE, “a primeira pessoa a conseguir a aprovação de uma lei por meio de iniciativa popular no Brasil é uma mulher chamada Berenice Piana, mãe de um menino autista. Sua busca por inclusão para o seu filho deu origem à lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que definiu o Transtorno do Espectro Autista (TEA) como uma deficiência e ampliou para as pessoas com autismo todos os direitos estabelecidos para as pessoas com deficiência no país”. Disponível em <<https://autismoerealidade.org.br/2020/03/30/berenice-piana-um-marco-nos-direitos-dos-autistas/>> acesso em 29 de julho de 2024.

verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

(destaques nossos)

Objetivando não causar nenhuma forma de exclusão das pessoas com autismo do rol de direitos previstos às pessoas com deficiência em geral, a lei fez questão de frisar, no §2º do art. 1º, que “a pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais”.

Em 2020 a lei sofreu alteração legislativa para incluir a fita quebra-cabeça como símbolo mundial da conscientização do transtorno do espectro autista para identificar, em ambiente público e privado, pessoas com essa deficiência.

Aspectos importantes da Lei 12.764/2012, que reforçam a necessidade de trabalho em rede para promover cidadania à pessoa com transtorno do espectro autista, inclusive seu encaminhamento da unidade policial à unidade da saúde, são:

- “a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista” como diretriz da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, previsto no inciso I, do art. 2º, demonstrando que todos os setores, públicos e privados da sociedade, devem contribuir para a promoção da dignidade, inclusive as unidade policiais, ilustrativamente solicitando imediato atendimento dos serviços de saúde, se for o caso, ou comunicando as autoridades médicas da aparente necessidade de serviços para determinada pessoa, via ofício;
- “o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo: informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento”, como direitos da pessoa com transtorno do espectro autista, previsto no art. 3º, inciso III, alínea “e”, entendendo-se por informações não só as questões relativas ao conhecimento médico, mas, também, levar ao conhecimento dos profissionais de saúde (por meio de um comunicado) da

existência de pessoa nesta condição, para que tenham acesso a ações e serviços de saúde.

Findando o presente tópico, está em tramitação o projeto de Lei 4.918/19, que pretende estabelecer direitos e garantias às pessoas com transtornos mentais, incluindo-as expressamente no rol de pessoas com deficiência para todos os efeitos (direitos) legais e, alterando a Lei n. 10.216/2001, para deixar registrado que pessoas com transtornos mentais são consideradas pessoas com deficiência.

Essa pesquisa demonstra que, em termos de inclusão social, de promoção da cidadania, acesso aos serviços de saúde e, neste campo, encaminhamento da pessoa com deficiência intelectual e transtorno mental da Delegacia de Polícia à unidade de saúde, não há razão que jurídica que permita distinguir o deficiente intelectual da pessoa com transtorno mental, tendo em vista que no âmbito médico (*vide* CID-11, AAIDD e DSM-5) é complexa a diferenciação entre um e outro, tendo em muitos casos a manifestação da deficiência intelectual por meio de um transtorno mental (*v.g.* o transtorno do espectro autista), e levando-se em conta que, juridicamente, existe uma forte tendência de incluir as pessoas com transtornos mentais no rol de pessoas com deficiência, reforçando o argumento de que, para fins de encaminhamento à unidade de saúde, irrelevante se faz a distinção pelo policial civil.

Conforme veremos, a questão da inclusão da pessoa com deficiência é complexa e demanda a atuação conjunta de diversos setores da sociedade para a efetivação dos direitos já previstos, bem como a implementação de outros direitos.

Num grupo de pessoas que possuem uma ou mais disfunções ou deformidades físicas, sensoriais ou intelectuais, que pode causar limitações em suas atividades cotidianas, mas que não a impede de viver uma vida plena e satisfatória, o que mais se deseja é a fruição da saúde, por isso, dentre os diversos direitos, iremos nos concentrar no direito à saúde e no Sistema Único de Saúde, organizando em rede, do qual, pretende-se expor a pertinência das unidades policiais no encaminhamento de pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais, integrando essa rede. Assunto que será aprofundado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2. PESSOA COM DEFICIÊNCIA: VULNERABILIDADE, DIREITO FUNDAMENTAL E SUS

Uma questão que se coloca é perquirir a razão pela qual a pessoa com deficiência deve ser protegida por políticas promocionais que, em relação ao valor isonomia, destinado a todas às pessoas típicas, a coloca em situação de aparente vantagem. Assim, é fundamental a compreensão do que seja tipicidade funcional, isto é, as denominadas pessoas típicas em contraste com as pessoas não típicas, isto é, pessoas com deficiência. O conceito de “pessoa típica” será registrado para fins de aprofundamento nas questões que envolvem a pessoa atípica, isto é, com deficiência, nesta pesquisa. Conforme Souza e Amaral (2022, p. 5), “por típicas queremos dizer tidas como normal nos aspectos educacionais, sociais, biológicos, estéticos ou culturais”. A normalidade e anormalidade, a concepção do que seja um e outro, sofre a influência de diversos fatores de ordem estrutural, social, histórica, política, entre outros, conforme remissões históricas e conceituais do capítulo anterior.

Este capítulo busca refletir sobre as razões pelas quais as pessoas com deficiência, em comparação às pessoas típicas, devem ter pontos de partida diferenciados na efetivação de seus direitos fundamentais. Especialmente, é necessário questionar se a saúde, enquanto direito fundamental, equipara-se aos demais direitos em termos de valor, ou se, devido à sua intrínseca relação com a dignidade humana, ocuparia uma posição hierárquica de maior relevância, particularmente para as pessoas com deficiência.

Nesse contexto, ao considerar a intersecção entre a vulnerabilidade e a importância da saúde para a pessoa com deficiência, torna-se crucial refletir sobre o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na efetivação e garantia de acessibilidade aos serviços de saúde para essa parcela da população.

Deste modo, o presente capítulo abordará tais indagações, ressaltando que a abordagem proposta não pretende esgotar o tema, mas sim, fomentar uma discussão crítica acerca das implicações jurídicas inerentes à proteção e promoção dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência, com ênfase na área da saúde e na atuação do SUS.

2.1 Vulnerabilidade das pessoas com deficiência e dimensões da igualdade

Por que as pessoas com deficiência devem ser amparadas por políticas promocionais que, em relação ao princípio da isonomia atribuído a todos os indivíduos, as colocam em uma situação de aparente vantagem em comparação às pessoas típicas?

O capítulo anterior já seria suficiente, do ponto de vista conceitual²⁸ e histórico²⁹, para responder a essa indagação. Entretanto, uma vez constatadas as diferenças materiais e de condições entre as pessoas em geral e as pessoas com deficiência, torna-se necessário buscar na legislação a permissão para essa discriminação positiva, isto é, em favor das pessoas com deficiência. A respeito do histórico de discriminações negativas que atingem as pessoas com deficiência, a professora Flávia Piovesan (2017, p. 54), ao discorrer sobre a importância da Convenção (da ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, afirma:

A deficiência deve ser vista como o resultado da interação entre indivíduos e seu meio ambiente e não como algo que reside intrinsecamente no indivíduo. Já o conceito de discriminação com base em deficiência, inspirado em Convenções anteriores (como a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial de 1965), envolve toda distinção, exclusão ou restrição baseadas na deficiência, que tenha por efeito ou objetivo impedir ou obstar o exercício pleno de direitos. Observa a Convenção as difíceis condições enfrentadas por pessoas com deficiência que são vítimas de múltiplas e agravadas formas de discriminação, com base na raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política, nacionalidade, etnia, origem social, ou outros fatores. Enfatiza a necessidade de incorporar a perspectiva de gênero na promoção do exercício dos direitos e das liberdades fundamentais das pessoas com deficiência. O propósito maior da Convenção é promover, proteger e assegurar o pleno exercício dos direitos humanos das pessoas com deficiência, demandando dos Estados-partes medidas legislativas, administrativas e de outra natureza para a implementação dos direitos nela previstos.

²⁸ Conforme artigo 1º, parte 2, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: "Pessoas com deficiência são aquelas que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas". *Vide* Decreto nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm > acesso em 08 de fevereiro de 2024.

²⁹ Nos diversos períodos da História Mundial e do Brasil, como visto no capítulo 1 desta pesquisa, as pessoas com deficiência, via de regra, experimentaram exclusão e segregação, antes de alcançarem o período da integração e da inclusão, com muitos desafios estruturais ainda por superar.

A Convenção almeja assegurar a igualdade no exercício de direitos e a proteção à dignidade das pessoas com deficiência. Todavia, a igualdade aplicada de forma absoluta pode resultar em desfechos injustos, pois, apesar de todos serem formalmente iguais em direitos e obrigações, no plano fenomênico, é necessário levar em consideração as limitações físicas, cognitivas e sensoriais de cada indivíduo, e, particularmente, no caso das pessoas com deficiência, as barreiras arquitetônicas, ideológicas e estruturais que impedem o exercício pleno de seus direitos. Ilustre-se com o exemplo de um concurso público que inclui uma etapa de aptidão física, na qual se exige que o candidato percorra uma certa distância em um tempo pré-determinado. Tal exigência, para pessoas com deficiência motora, constitui um obstáculo ao acesso ao cargo público, em virtude de uma imposição que desconsidera a condição de deficiência e coloca o indivíduo em posição materialmente desvantajosa em comparação com as pessoas sem deficiência. Nesse contexto, evidencia-se uma desigualdade material, pois a pessoa com deficiência enfrenta um empecilho que, em um concurso, determina sua exclusão já na fase de aptidão física.

Portanto, a reflexão acerca da igualdade formal e da igualdade material torna-se pertinente neste contexto.

A igualdade é um valor fundamental para as sociedades democráticas, sendo garantida pelo Estado por meio de suas leis e políticas públicas. Contudo, a concepção de igualdade pode ser interpretada de diversas maneiras, e essas interpretações podem acarretar significativas implicações para a salvaguarda dos direitos das pessoas com deficiência.

A igualdade formal diz respeito à garantia de tratamento idêntico para todos perante a lei, sem discriminação por razões como raça, gênero, religião ou deficiência. Essa modalidade de igualdade é assegurada pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 5º, que estabelece que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza". Desse modo, a igualdade formal representa a igualdade "perante a lei" e visa à construção de "uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos" (BRASIL, 1988)³⁰.

³⁰ No preâmbulo da Constituição de 1988, encontramos o vetor interpretativo do texto constitucional: "Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, **a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos**, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias,

Em contrapartida, a igualdade material visa assegurar condições equitativas para que todos possam exercer plenamente os direitos consagrados no texto constitucional, garantindo o acesso às mesmas oportunidades. Essa dimensão de igualdade demanda a implementação de políticas públicas voltadas à mitigação das desigualdades materiais existentes entre distintos grupos sociais, incluindo-se as pessoas com deficiência. Historicamente, verifica-se que esse segmento populacional vivenciou, e ainda vivencia, um elevado grau de exclusão da cidadania, enfrentando restrições e/ou obstáculos praticamente intransponíveis para o exercício de seus direitos fundamentais. Essa realidade justifica a necessidade de se reconhecer tratamentos diferenciados, pautados nas desigualdades específicas enfrentadas por esses indivíduos.

Sobre a necessidade de tratamento diferenciado aos grupos em posição de desigualdade, vale citar trecho do conhecido discurso “Oração aos Moços”, de Rui Barbosa (1997, p.26), pronunciado na Faculdade de Direito do Largo São Francisco:

A regra da igualdade não consiste senão em aquinhoar desigualmente aos desiguais, na medida em que se desiguam. Nesta desigualdade social, proporcionada à desigualdade natural, é que se acha a verdadeira lei da igualdade. O mais são desvarios da inveja, do orgulho, ou da loucura. Tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real. Os apetites humanos conceberam inverter a norma universal da criação, pretendendo, não dar a cada um, na razão do que vale, mas atribuir o mesmo a todos, como se todos se equivalessem. (BARBOSA, 1997, p. 26)

Ainda nesse sentido, segundo a obra de José Afonso da Silva (2003, p. 212), Aristóteles na antiguidade já postulava o princípio da igualdade material, vejamos:

Aristóteles vinculou a idéia de igualdade à idéia de justiça, mas, nele, trata-se de igualdade de justiça relativa que dá a cada um o que é seu, uma igualdade – como nota Chomé – impensável sem a desigualdade complementar e que é satisfeita se o legislador tratar de maneira igual os iguais e de maneira desigual os desiguais.

Portanto, enquanto a igualdade formal busca garantir a igualdade perante a lei, a igualdade material busca garantir que todos tenham as mesmas condições para exercer seus direitos e participar plenamente da vida em sociedade.

promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.” (destaques nossos)

Ainda, na diferenciação entre igualdade formal e material, importante a contribuição do professor Osmair Chamma Junior (2011, p. 153):

A igualdade formal tem um sentido negativo (função de defesa), já que busca proibir tratamento discriminatório negativo, de forma a vedar qualquer discriminação incompatível com a razão humana, em decorrência de atos do Poder Público ou de particulares que atentem contra os direitos fundamentais dos cidadãos. Por outro lado, a igualdade material tem como sentido positivo, exigir do Estado um papel ativo, de forma a ser sua tarefa a criação de condições mínimas de igualdade e oportunidades, na busca de um tratamento discriminatório positivo que vise reduzir as desigualdades fáticas para categorias historicamente discriminadas (mulheres, negros, homossexuais, pessoas portadoras de necessidades especiais, entre outros).

Isso significa que o Estado deve atuar de forma ativa e positiva para garantir que as pessoas com deficiência possam desfrutar de seus direitos de forma plena e efetiva, por meio de políticas públicas que promovam a inclusão social e a acessibilidade.

Condições exteriores colocam as pessoas com deficiência em situações de desvantagem, gerando exclusão, possibilidade de sofrerem violência e de não conseguirem suprir suas necessidades em relação às pessoas típicas. Por isso, compreende-se as pessoas com deficiência como vulneráveis.

A professora Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams (2003, p. 142) sobre a vulnerabilidade das pessoas com deficiência assim se pronuncia:

O indivíduo portador de deficiência de qualquer modalidade – seja visual, auditiva, física ou mental – encontra-se em uma posição de grande vulnerabilidade em relação ao não portador, sendo freqüentemente marcante a assimetria das relações de poder na interação entre ambos. Tal assimetria de relação hierárquica é multiplicada, conforme a severidade de cada caso, sendo ampliada se o portador de necessidades especiais pertencer a um outro grupo de risco, como por exemplo, se for mulher ou criança.

Nesse sentido, a vulnerabilidade está relacionada a uma situação de fragilidade e risco, sendo o termo adotado nesta pesquisa ao se referir às fragilidades das pessoas com deficiência e a justificativa material para sua promoção por políticas públicas afirmativas, isto é, que busquem promover a igualdade em seu aspecto material.

Frischeisen (*apud* CHAMMA JUNIOR, 2011, p. 155) define ações afirmativas como:

Um conjunto de ações públicas, que pode ser diretamente implementado pela legislação ou incentivado a partir de um programa estabelecido e que visam o rompimento de desigualdades históricas ou sociais no acesso ao efetivo exercício de direitos, bens e serviços considerados essenciais para uma vida digna.

Flavia Piovesan (2005, p. 50-51), em artigo sobre ações afirmativas, ensina que:

No Direito brasileiro, a Constituição Federal de 1988 estabelece importantes dispositivos que demarcam a busca da igualdade material, que transcende a igualdade formal. A título de registro, destaca-se o artigo 7º, inciso XX, que trata da proteção do mercado de trabalho da mulher mediante incentivos específicos, bem como o artigo 37, inciso VII, que determina que a lei reservará percentual de cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência. Acrescente-se ainda a chamada “Lei das Cotas” de 1995 (Lei n. 9.100/95), que obriga sejam reservados às mulheres ao menos 20% dos cargos para as candidaturas às eleições municipais. Adicione-se também o Programa Nacional de Direitos Humanos, que faz expressa alusão às políticas compensatórias, prevendo como meta o desenvolvimento de ações afirmativas em favor de grupos socialmente vulneráveis. Some-se, ademais, o Programa de Ações Afirmativas na Administração Pública Federal e a adoção de cotas para afrodescendentes em universidades – como é o caso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ –, da Universidade do Estado da Bahia – Uneb –, da Universidade de Brasília – UnB –, da Universidade Federal do Paraná – UFPR –, entre outras.

Em outro momento, relacionando a determinação Estatal de proibição de discriminação negativa (exclusão) à discriminação positiva por políticas públicas promocionais (ações afirmativas), novamente o magistério de Piovesan (2005, p.49):

Faz-se necessário combinar a proibição da discriminação com políticas compensatórias que acelerem a igualdade enquanto como processo. Isto é, para assegurar a igualdade não basta apenas proibir a discriminação, mediante legislação repressiva. São essenciais as estratégias promocionais capazes de estimular a inserção e inclusão de grupos socialmente vulneráveis nos espaços sociais. Com efeito, a igualdade e a discriminação pairam sob o binômio inclusão/exclusão. Enquanto a igualdade pressupõe formas de inclusão social, a discriminação implica violenta exclusão e intolerância à diferença e à diversidade. O que se percebe é que a proibição da exclusão, em si mesma, não resulta automaticamente na inclusão. Logo, não é suficiente proibir a exclusão, quando o que se pretende é garantir a igualdade de fato, com a efetiva inclusão social de grupos que sofreram e sofrem um consistente padrão de violência e discriminação. Nesse sentido, como poderoso instrumento de inclusão social, situam-se as ações afirmativas. Elas constituem medidas especiais e temporárias que, buscando

remediar um passado discriminatório, objetivam acelerar o processo com o alcance da igualdade substantiva por parte de grupos vulneráveis, como as minorias étnicas e raciais e as mulheres, entre outros grupos. As ações afirmativas, como políticas compensatórias adotadas para aliviar e remediar as condições resultantes de um passado de discriminação, cumprem uma finalidade pública decisiva para o projeto democrático: assegurar a diversidade e a pluralidade social. Constituem medidas concretas que viabilizam o direito à igualdade, com a crença de que a igualdade deve moldar-se no respeito à diferença e à diversidade. Por meio delas transita-se da igualdade formal para a igualdade material e substantiva.

Sem prejuízo de abordagens complementares, pode-se afirmar, de forma concisa e crítica, que as pessoas com deficiência são sujeitos de políticas públicas promocionais, denominadas ações afirmativas, em virtude de suas limitações biológicas e/ou psicológicas. Essas limitações, em interação com obstáculos arquitetônicos, ideológicos e estruturais, colocam-nas em situação de vulnerabilidade em relação às pessoas sem deficiência. Assim, a fim de promover a equidade, torna-se necessário estabelecer pontos de partida diferenciados, legalmente determinados, para a efetivação de seus direitos fundamentais.

2.2 A saúde como “direito fundamental social” para as pessoas com deficiência: entre a reserva do possível e o mínimo existencial

Neste tópico, abordaremos o bem jurídico denominado "saúde", em relação ao seu posicionamento no conjunto de direitos fundamentais, bem como sua efetividade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde no preâmbulo de seu principal instrumento normativo, a Constituição da Organização Mundial da Saúde (1946). Tal constituição foi adotada pela Conferência Sanitária Internacional, realizada em Nova York, Estados Unidos, entre 19 de junho e 22 de julho de 1946, e entrou em vigor em 7 de abril de 1948³¹. Desde então, o dia 7 de abril é celebrado como o Dia Mundial da Saúde.

A seguir, o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946)³², conforme estabelecido no preâmbulo de sua Constituição:

³¹ O Brasil participou da criação da OMS e de sua Constituição, juntamente com outros países, em Nova York (1946). Em nosso ordenamento os atos da Conferência Internacional de Saúde, que deram origem à Constituição da Organização Mundial da Saúde, foram incorporados por ratificação do Congresso Nacional pelo Decreto Legislativo nº 6, de 14 de fevereiro de 1948 e promulgação pelo Presidente da República pelo Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Eis a razão de algumas referências constarem 1946 e outras 1948 para o mesmo documento.

³² O referido preâmbulo está inteiramente reproduzido nos decretos Legislativo nº 6 de fev/1948 e Executivo nº 26.042 de dez/1948.

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.

A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.

Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos.

O desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum.

O desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento.

A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde.

Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos.

Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas.

Aceitando estes princípios com o fim de cooperar entre si e com os outros para promover e proteger a saúde de todos os povos, as partes contratantes concordam com a presente Constituição e estabelecem a Organização Mundial da Saúde como um organismo especializado, nos termos do artigo 57 da Carta das Nações Unidas.

O termo "completo", presente no conceito de saúde da OMS, tem sido objeto de críticas, sobretudo porque a completude ou perfeição são patamares inalcançáveis para os seres humanos³³. Entretanto, essa definição, que contempla o termo "completo" reflete uma compreensão holística e abrangente da saúde, destacando que esta não se limita apenas à ausência de doenças, mas abarca também aspectos físicos, mentais e sociais do bem-estar. Conforme Lemos (2020, p. 27) o conceito da OMS, de 1946, foi rediscutido na Conferência de Alma Ata (1978), sobre cuidados

³³ O pranteado professor Luis Salvador de Miranda Sá Junior, refletindo sobre o termo afirmou: "Em termos de satisfação das necessidades ou com referência a sentir-se bem, para os seres humanos, desfrutar completo bem-estar é, no mínimo, algo impossível mesmo de se cogitar como utopia distante, na qual as pessoas em geral (ou alguma pessoa em particular) possam ter satisfeitas todas as suas necessidades individuais e sociais, em todos os planos de sua existência (o biológico, o psicológico e o social). Por esta conceituação, saúde implica em perfeito bem-estar ou completo bem-estar (dependendo da tradução). Por outro lado, a insatisfação resultante de um estado de mal-estar pode ser positiva, isto é, um fator de saúde, na medida em que pode ser condição de desenvolvimento e aperfeiçoamento. Estado de insatisfação que costuma ser condicionante poderoso na conduta de indivíduos e coletividades. Podendo, mesmo, ser encarado como fatores essenciais da evolução de indivíduos e da espécie. Considerando-se a menor possibilidade, pode-se pretender que o mal-estar constitua componente essencial da condição humana. Parece ser característico dos humanos se mostrarem insatisfeitos; incapazes de completa satisfação e isto, repita-se, tem sido importante componente de sua identidade e de seus mecanismos adaptativos. Porque sempre que o ser humano vê satisfeitas suas necessidades num momento, no seguinte cria outras. Por isto, tem sido definido como *homo insatisfactus*". In SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*, jul./ago./set. 2004, p. 16.

primários de saúde, constando-se que a questão econômica (moradia, emprego, alimentação etc) tem forte influência na saúde da coletividade, influenciando diversos países, inclusive o Brasil, na formulação de sua política de saúde, ampliando a questão da saúde para determinantes e condicionantes sociais, razão pela qual a Constituição Federal prega “a saúde é direito de todos e dever do Estado e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196).

Trata-se do “conceito ampliado de saúde”, posto que a saúde sempre foi compreendida sob o enfoque exclusivamente médico e, após diversos estudos, chegou-se à conclusão de a saúde tem diversos condicionantes que propiciam o completo bem-estar físico, mental e social, nos termos da definição proposta pela OMS. Essa perspectiva foi endossada pela Lei 8.080/90, conhecida como Lei do SUS, ao fazer referência aos determinantes e condicionantes em seu artigo 3º:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como **determinantes e condicionantes**, entre outros, a **alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais**.

Parágrafo único. **Dizem respeito também à saúde** as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade **condições de bem-estar físico, mental e social**.

(destaques nossos)

Assim, uma vez constatado que saúde significa não só a ausência de doenças, mas, além disso, tem como diversos determinantes e condicionantes, expressos em rol exemplificativo, no art. 3º, caput e parágrafo único, compreende-se o contexto do termo “completo bem-estar físico, mental e social”, ultrapassando a mera visão biologicista antes reinante, o que justifica o uso do termo “completo”. A esse respeito vale a citação da pesquisa desenvolvida por Figueiredo Silva e Alves (2011, p. 3 e 4):

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), foi definido o **conceito ampliado de saúde** como “**resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde**”. De acordo com Carvalho e Buss (2008), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), foi um movimento que contribuiu decisivamente

para a inclusão na Constituição de 1988 do reconhecimento da saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado. **Para a criação do Sistema Único de Saúde**, fundado nos princípios de solidariedade e universalidade, **o conceito ampliado de saúde** instaurado na contemporaneidade do sistema de saúde brasileiro **exige que os determinantes sociais estejam inseridos diretamente no processo saúde-doença**. Através deste novo conceito, engendrado de acordo com o **Art. 3 da lei nº8080/ 90 do SUS, passa-se a determinar: “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”**. De acordo com Escorel (1995), esta nova concepção de saúde como resultante e como condicionante de um conjunto de fatores, **transforma a luta pela saúde numa luta global, por transformação social, onde existem outros elementos primordiais como: habitação, educação, renda etc**. É comum ouvir na atualidade, que saúde é ausência de doença, pressupondo a intervenção médica no indivíduo no sentido de recuperar sua saúde com o uso de medicação, exames, internação, entre outras prescrições, caracterizando a estrutura da política de saúde centrada na lógica do adoecimento do indivíduo. Segundo Giglio-Jaquemot (2005), através de uma perspectiva antropológica, sugere que a doença e a saúde têm uma realidade independente de suas definições biomédicas e são objetos de representações e práticas diversas que variam segundo as sociedades e, ainda dentro dessas, segundo os segmentos sociais e culturais que as compõem. Em Paim (2006), **torna-se imprescindível que a sociedade atinja níveis razoáveis de bem-estar para todos, ou nunca será um lugar de boa convivência. A falta de condições de saúde e bem-estar também fragiliza os indivíduos, comprometendo sua participação integral na sociedade**. Esses argumentos indicam que as necessidades de saúde não podem ser tratadas como mercadorias, acessíveis a preços diferenciados, conforme a capacidade de pagamento individual, como conseqüência, a saúde não deve ser objeto de lucro. **O conceito de Sistema de Saúde está atrelado ao conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma determinada população e que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade** (Giovanella, 2008). Mediante a promulgação do Sistema Único de Saúde, a explicação do processo saúde-doença foi superada teoricamente pela concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS), ao definir saúde como completo bem-estar físico, mental e social. **A compreensão do conceito de saúde a partir de uma leiturabiopsicossocial significou um avanço no entendimento de que o indivíduo não se limitava apenas à dimensão biológica, tampouco que a medicina é a única profissão voltada à recuperação e à garantia de saúde da população**. Instaurou-se um olhar multidisciplinar para o processo saúde-doença, o que pressupunha a atuação de vários profissionais na viabilização das políticas de saúde.

(destaques nossos)

Essa perspectiva tem sido fundamental para a formulação de políticas de saúde pública e para a promoção da saúde em âmbito global.

Nos tópicos subsequentes, abordaremos a questão do direito à saúde, com foco especial no objeto de estudo desta pesquisa: a inserção das Delegacias de

Polícia como porta de acesso para pessoas com deficiência intelectual e/ou distúrbios mentais aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2.2.1 Direito fundamental social

A Constituição Federal de 1988 estabelece os direitos fundamentais em seu Título II, abordando os Direitos e Garantias Fundamentais. Dentre eles, salientam-se o direito à vida (Art. 5º, caput), à liberdade (Art. 5º, caput), à igualdade (Art. 5º, caput), à educação (Art. 6º), à saúde (Art. 6º), à moradia (Art. 6º), ao trabalho (Art. 6º), à livre manifestação do pensamento (Art. 5º, IV) e à privacidade (Art. 5º, X), entre outros. No Título II, no contexto dos Direitos e Garantias Fundamentais, a saúde é inicialmente apresentada como um direito fundamental de caráter social. Essa caracterização se torna evidente ao analisar o Capítulo II, especificamente o artigo 6º, do texto constitucional, *in verbis*:

são direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

(destaque nosso)

Os direitos fundamentais representam aqueles direitos garantidos a todas as pessoas, que possuem proteção constitucional e objetivam assegurar a dignidade humana. A distinção entre direitos fundamentais individuais e direitos fundamentais sociais pode ser compreendida por meio das gerações de direitos, segundo as quais os direitos individuais correspondem à proteção das liberdades públicas, de natureza negativa, relacionados aos direitos de primeira geração. Por outro lado, os direitos sociais estão vinculados às obrigações positivas do Estado, de caráter prestacional, e associados aos direitos de segunda geração, conforme proposto por Karel Vasak (SARLET, 2016, p. 500).

É importante ressaltar, no entanto, que apesar do valor didático dessa abordagem, uma parcela significativa da doutrina, incluindo Cançado Trindade (*apud* CORREIA, 2004, p. 306), rejeita a classificação das gerações de direitos.

A crítica principal é de que essa categorização pode levar à hierarquização entre os direitos, desconsiderando a interdependência e a indivisibilidade que os permeiam, vejamos:

Seminário Direitos Humanos das Mulheres: a proteção internacional", evento associado à V Conferência Nacional de Direitos Humanos, realizado no dia 25 de maio de 2000, na Câmara dos Deputados Federais, Brasília, DF: "Eu não aceito de forma alguma a concepção de Norberto Bobbio das teorias do Direito. Primeiro, porque não são dele. Quem formulou a tese das gerações de direito foi o Karel Vasak, em conferência ministrada em 1979, no Instituto internacional de Direitos Humanos, em Estrasburgo (...) Em primeiro, essa tese das gerações de direitos não tem nenhum fundamento jurídico, nem na realidade. Essa teoria é fragmentadora, atomista e toma os direitos de maneira absolutamente dividida. (...) Essa conceituação de que primeiro vieram os direitos individuais e, nesta ordem, os direitos econômico-sociais e o direito da coletividade correspondem à evolução do direito constitucional. É verdade que isso ocorreu no plano dos direitos internos dos países, mas no plano internacional a evolução foi contrária. No plano internacional, os direitos que apareceram primeiro foram os econômicos e sociais. (...) Segundo, é uma construção perigosa, porque faz analogia com o conceito de gerações. O referido conceito se refere praticamente a gerações de seres humanos que se sucedem no tempo. Desaparece uma geração, vem outra geração e assim sucessivamente. Na minha concepção, quando surge um novo direito, os direitos anteriores não desaparecem. Há um processo de cumulação e de expansão do 'corpus iuris' dos direitos humanos. Os direitos se ampliam, e os novos direitos enriquecem os direitos anteriores" Mais adiante o autor assevera que esta divisão tem "causado grande dano à evolução dos direitos", dizendo que embora, v.g., não se tolere a discriminação no plano dos direitos civis e políticos, esta vem sendo tolerada em relação aos direitos sociais, econômicos e sociais, apenas pela razão destes últimos pertencerem à segunda geração e serem de realização progressiva. Diante disto, preleciona que: "Então, vemos uma condenação absoluta de qualquer tipo de discriminação quando se trata de direito individual ou mesmo de direitos políticos, mas uma tolerância absoluta quando se trata de disparidades em matéria de salário, renda, e assim por diante. Em vez de ajudar a combater essa visão atomizada, essa teoria de geração de direitos convalida esse tipo de disparidades. (CANÇADO TRINDADE *apud* CORREIA, 2004, p. 306)

Todavia, a ideia de que os direitos sociais são prestacionais e exigem um investimento estatal para sua implementação, ainda que se abandone a teoria das gerações dos direitos, está presente sobre outros fundamentos, conforme Canotilho (*apud* CARVALHO, 2003, p. 19) "o direito as prestações significam, em sentido estrito, direito do particular a obter algo através do Estado (saúde, educação, segurança social)".

Os direitos sociais, conforme examinado, requerem uma atuação estatal (contraprestação). Em diversos casos, o constituinte atribuiu ao legislador

infraconstitucional a responsabilidade de estabelecer a forma como essa atuação se concretizará. Nesse contexto, surgiram as teses relacionadas à eficácia limitada desses direitos e à reserva do possível no âmbito da efetivação dos direitos sociais.

2.2.2 Eficácia limitada e reserva do possível nos direitos fundamentais sociais

Da eficácia limitada à invocação da reserva do possível, a efetividade dos direitos sociais tem enfrentado obstáculos consideráveis, concedendo margem de discricionariedade aos governantes para postergar suas obrigações prestacionais.

Essa realidade revela a necessidade de se repensar os mecanismos de concretização desses direitos, a fim de evitar que a discricionariedade governamental se transforme em um instrumento de omissão perante as demandas sociais. A pesquisa jurídica e o debate acadêmico devem, portanto, direcionar esforços para a identificação de critérios e parâmetros que permitam a efetivação dos direitos sociais, sem que isso resulte na desconsideração das limitações orçamentárias e legislativas inerentes ao Estado Democrático de Direito. A pesquisadora Rosalia Carolina Kappel Rocha (2005, p. 6-8) elenca posicionamentos doutrinários que reforçam a tese dos direitos fundamentais como sendo de eficácia limitada e condicionados à reserva do possível, vejamos:

José Afonso da Silva refere que, em que pese o parágrafo primeiro do artigo 5º da Constituição estatuir que as 'normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata' e isso abranger as normas que revelam os direitos sociais, nos termos dos arts. 6º a 11, isso não resolve todas as questões, 'porque a Constituição mesma faz depender de legislação ulterior a aplicabilidade de algumas normas definidoras de direitos sociais e coletivos. Por regra, as normas que consubstanciam os direitos fundamentais democráticos e individuais são de aplicabilidade imediata, enquanto as que definem os direitos sociais tendem a sê-lo também na Constituição vigente, mas algumas, especialmente as que mencionam uma lei integradora, são de eficácia limitada e aplicabilidade indireta.

(...)

Jorge Miranda ressalta que, enquanto a maior parte dos direitos de liberdade está consignada em normas constitucionais preceptivas e exeqüíveis por si mesmas, os direitos sociais (ou sua grande maioria) estão contemplados em normas programáticas, normas que têm que ser seguidas não só de lei, mas também de modificações econômicas, sociais, administrativas e outras, além de ser necessário "um ajustamento do socialmente desejável ao economicamente possível.

(...)

Ricardo Lobo Torres sustenta, por outro lado, que "os direitos sociais e econômicos estremam-se da problemática dos direitos fundamentais porque dependem da concessão do legislador, estão despojados do *status negativus*, não geram por si sós a pretensão às prestações positivas do

Estado, carecem de eficácia *erga omnes* e se subordinam à idéia de justiça social." Constituem forma de princípios de justiça, de normas programáticas, sujeitos à intervenção do legislador, especificamente na via do orçamento público, à justiça social, à ponderação de princípios constitucionais, ao balanço de escolhas dramáticas por políticas públicas num universo de recursos financeiros escassos e limitados. Aduz o referido doutrinador que tais direitos às vezes aparecem, especialmente na doutrina alemã, sob a denominação de direitos fundamentais sociais, em decorrência de sua constitucionalização, mas consoante a maior parte dos autores germânicos que a adotam, subordinam-se à justiça social, encontram-se sob a reserva do possível e constituem meras diretivas para o Estado, não se confundindo com os direitos da liberdade, nem com o mínimo existencial.

A linha de pensamento em questão recorre aos argumentos jurídicos da "eficácia limitada das normas constitucionais" no contexto dos direitos sociais e ao princípio orçamentário da "reserva do possível" como condicionantes ou limitadores na implementação de políticas públicas inclusivas e ações afirmativas.

Conforme analisado, a eficácia limitada das normas constitucionais constitui um fenômeno jurídico que ocorre quando tais normas, embora integrantes da Constituição, não geram efeitos práticos imediatos, dependendo de regulamentação e atuação dos poderes públicos para sua efetivação. No contexto dos direitos fundamentais sociais das pessoas com deficiência, essa eficácia limitada pode ser observada na falta de normas infraconstitucionais que detalhem e concretizem os direitos previstos na Constituição, definindo discriminações positivas que levem em conta as dificuldades de acessibilidade das pessoas com deficiência, bem como na morosidade dos poderes do Estado em agir para assegurar tais direitos de inclusão.

A "reserva do possível" é um princípio jurídico que estabelece que os direitos fundamentais sociais estão condicionados à disponibilidade de recursos públicos, assim, os governos podem alegar a insuficiência de recursos financeiros para justificar a não implementação de políticas públicas e ações afirmativas. Essa questão é particularmente relevante no caso das pessoas com deficiência, uma vez que a implementação de medidas de inclusão e promoção de igualdade requer investimentos em áreas como acessibilidade, educação, saúde e emprego, que envolvem prestações positivas por parte do Estado.

Neste cenário, é necessário ponderar criticamente a aplicação da "reserva do possível" na efetivação dos direitos fundamentais sociais das pessoas com deficiência. Embora seja compreensível que a disponibilidade de recursos seja um fator limitante, essa justificativa não pode servir como escudo para a omissão do Estado em cumprir suas obrigações e garantir o exercício pleno dos direitos dessa

parcela da população. A invocação da "reserva do possível" deve ser analisada de forma cautelosa, a fim de evitar a perpetuação de desigualdades e a exclusão das pessoas com deficiência.

2.2.3 Eficácia imediata dos direitos fundamentais ao mínimo existencial

Ressalta-se que parte significativa da doutrina passou a refutar a ideia de que os direitos fundamentais sociais, em especial o direito à saúde, estivessem sujeitos a uma eficácia indireta, como se pertencessem a uma categoria distinta dos direitos fundamentais individuais. Nesse sentido, no âmbito dos direitos fundamentais, independentemente de sua classificação como direitos individuais ou sociais, a regra estabelecida no artigo 5º, §1º, da CF/88 – "As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata" – possui efeito irradiante (SILVA e STRADA, 2006, p. 51) sobre todas as normas com conteúdo de direito fundamental, assegurando a obrigação do Estado em prover um conjunto mínimo de prestações que garantam a vida e a dignidade das pessoas. Isso se reflete na possibilidade de exigir as prestações devidas pelo Estado com o intuito de assegurar a dignidade das pessoas com deficiência.

O constituinte deixou explícito que nenhum entrave jurídico, inclusive as próprias normas constitucionais, poderia excluir os direitos fundamentais, sem distinguir entre aqueles de caráter individual ou social. A título de exemplo, observa-se o parágrafo segundo do artigo 5º do texto constitucional, que reforça a importância de garantir a efetividade e aplicação imediata dos direitos fundamentais, sejam eles individuais ou sociais. Vejamos:

Art. 5º, §2º. Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.

Primeiramente, é fundamental ressaltar o caráter aberto e dinâmico do rol de direitos e garantias fundamentais estabelecidos na CF/88 (LOUREIRO, 2005, p. 198 e 202). Essa abertura possibilita que novos direitos sejam reconhecidos e incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro, seja por meio de emendas constitucionais, tratados, convenções ou pela interpretação dos princípios e valores

constitucionais pelos tribunais. Essa perspectiva evolutiva é essencial para adequar a proteção dos direitos humanos às transformações sociais e às demandas emergentes.

No tocante aos tratados internacionais, o art. 5º, § 2º, da CF/88 determina que os direitos e garantias decorrentes desses instrumentos também integram o ordenamento jurídico brasileiro. Isso implica que o Estado tem o dever de assegurar a proteção dos direitos humanos previstos nos tratados ratificados pelo Brasil, bem como de adaptar sua legislação interna e suas políticas públicas às normas e aos princípios internacionais.

Por fim, no contexto da hierarquia das normas constitucionais, é necessário analisar criticamente a forma como os tratados internacionais são incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro, seja mediante o rito de emenda constitucional (art. 5º, §3º, da CF/88), conferindo-lhes *status* de norma constitucional, ou sem o referido rito, o que, conforme a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF), lhes atribui *status* supralegal – isto é, situam-se acima da legislação ordinária, mas abaixo da Constituição (SENGER e DIAS, 2009, p. 161).

Com base nestas possibilidades hermenêuticas, diversos doutrinadores passaram a defender a eficácia direta dos direitos fundamentais sociais e a possibilidade de exigência prestacional desses direitos em face da obrigação estatal de proporcionar o mínimo existencial. Vejamos:

Embora para a absoluta maioria das pessoas possa (e mesmo deva) soar como elementar a afirmação de que a saúde é também para o Direito um bem fundamental e, portanto, assegurado mediante direitos, garantias e deveres fundamentais, segue havendo controvérsias a respeito de se os direitos sociais, econômicos, culturais e ambientais (DESCA) são “autênticos” direitos fundamentais ou, em o sendo, se estão sujeitos a um regime jurídico substancialmente equivalente.

(...)

É a Constituição Federal de 1988 o referencial que nos servirá de guia, assim como os compromissos (ou eventuais “descompromissos”) expressa e/ou implicitamente firmados pelo Constituinte em relação a determinadas concepções de justiça (abarcando a própria noção de justiça “social”) e com determinada ordem de valores, já que, de acordo com concepção amplamente consagrada, os direitos fundamentais (e os sociais não fogem à regra) expressam uma ordem de valores objetivada na e pela Constituição.

(...)

Em síntese, embora lamentando o cunho sumário das razões expostas, mas tendo em vista a absoluta necessidade de traçarmos as diretrizes basilares das considerações subseqüentes, firma-se aqui posição em torno da tese de que – pelo menos no âmbito do sistema de direito constitucional positivo nacional – todos os direitos sociais são fundamentais, tenham sido eles expressa ou implicitamente positivados, estejam eles sediados no Título II da CF (dos direitos e garantias fundamentais) ou dispersos pelo restante do texto constitucional, ou se encontrem ainda (também expressa e/ou

implicitamente) localizados nos tratados internacionais regularmente firmados e incorporados pelo Brasil. Como corolário desta decisão em prol da fundamentalidade dos direitos sociais na ordem constitucional brasileira, e por mais que se possa, e, até mesmo (a depender das circunstâncias e a partir de uma exegese sistemática) por mais que se deva reconhecer possíveis diferenças de tratamento, os direitos sociais – por serem fundamentais, comungam do regime pleno da dupla fundamentalidade formal e material dos direitos fundamentais. Com efeito, para além de poderem ser reconhecidos como protegidos contra uma supressão e erosão pelo poder de reforma constitucional (por força de uma exegese necessariamente inclusiva do art. 60, § 4º, inciso IV, da CF) os direitos sociais (negativos e positivos) encontram-se sujeitos à lógica do art. 5º, § 1º, da CF, no sentido de que a todas as normas de direitos fundamentais há de se outorgar a máxima eficácia e efetividade possível, no âmbito de um processo em que se deve levar em conta a necessária otimização do conjunto de princípios (e direitos) fundamentais, sempre à luz das circunstâncias do caso concreto. Em outras palavras, também as normas de direitos sociais (inclusive de cunho prestacional) devem, em princípio, ser consideradas como dotadas de plena eficácia e, portanto, direta aplicabilidade, o que não significa (e nem o poderia) que sua eficácia e efetividade deverão ser iguais.” (SARLET; FIGUEIREDO. 2007, p. 173-177)

Após fundamentar a eficácia plena e aplicabilidade direta das normas de direitos fundamentais sociais, Sarlet e Figueiredo (2007, p. p. 178-184) passam ao estudo do “mínimo existencial”, tese oriunda da doutrina e jurisprudência alemã. Vejamos:

A vinculação dos direitos (fundamentais) sociais com o que passou a ser designado de uma garantia de um mínimo existencial é evidente, mas é igualmente evidente que também aqui há uma série de aspectos controversos que, já há algum tempo, integram a pauta das discussões a respeito dos direitos fundamentais.

(...)

Na doutrina do Pós-Guerra, o primeiro jurista de renome a sustentar a possibilidade do reconhecimento de um direito subjetivo à garantia positiva dos recursos mínimos para uma existência digna foi o publicista Otto Bachof, que, já no início da década de 1950, considerou que o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inc. I, da Lei Fundamental da Alemanha, na seqüência referida como LF) não reclama apenas a garantia da liberdade, mas também um mínimo de segurança social, já que, sem os recursos materiais para uma existência digna, a própria dignidade da pessoa humana ficaria sacrificada. Por esta razão, o direito à vida e integridade corporal (art. 2º, inc. II, da LF) não pode ser concebido meramente como proibição de destruição da existência, isto é, como direito de defesa, impondo, ao revés, também uma postura ativa no sentido de garantir a vida¹⁹. Cerca de um ano depois da paradigmática formulação de Bachof, o Tribunal Federal Administrativo da Alemanha (Bundesverwaltungsgericht), já no primeiro ano de sua existência, reconheceu um direito subjetivo do indivíduo carente a auxílio material por parte do Estado, argumentando, igualmente com base no postulado da dignidade da pessoa humana, no direito geral de liberdade e no direito à vida, que o indivíduo, na qualidade de pessoa autônoma e responsável, deve ser reconhecido como titular de direitos e obrigações, o que implica principalmente a manutenção de suas condições de existência.

(...)

Em que pesem algumas modificações no que tange à fundamentação, bem quanto ao objeto da demanda, tal decisão veio a ser chancelada, em sua essência, em outros arestos da Corte Constitucional alemã, resultando no reconhecimento definitivo do status constitucional da garantia estatal do mínimo existencial.

(...)

na Alemanha e segundo orientação doutrina e jurisprudencial prevalente – o conteúdo essencial do mínimo existencial encontra-se diretamente fundado no direito à vida e na dignidade da pessoa humana (abrangendo, por exemplo, prestações básicas em termos de alimentação, vestimenta, abrigo, saúde ou os meios indispensáveis para a sua satisfação), o assim designado mínimo sociocultural encontra-se fundado no princípio do Estado Social e no princípio da igualdade no que diz com o seu conteúdo material.

(...)

No caso do Brasil, embora não tenha havido uma previsão constitucional expressa consagrando um direito geral à garantia do mínimo existencial, não se poderia deixar de enfatizar que a garantia de uma existência digna consta do elenco de princípios e objetivos da ordem constitucional econômica (art. 170, caput), no que a nossa Carta de 1988 resgatou o que já proclamava a Constituição de Weimar, de 1919. De outra parte, os próprios direitos sociais específicos (como a assistência social, a saúde, a moradia, a previdência social, o salário mínimo dos trabalhadores, entre outros) acabaram por abarcar algumas das dimensões do mínimo existencial, muito embora não possam e não devam ser (os direitos sociais) reduzidos pura e simplesmente a concretizações e garantias do mínimo existencial, como, de resto, já anunciado. Por outro lado, a previsão de direitos sociais não retira do mínimo existencial sua condição de direito-garantia fundamental autônomo e muito menos não afasta a necessidade de se interpretar os demais direitos sociais à luz do próprio mínimo existencial, notadamente para alguns efeitos específicos, o que agora não serão objeto de atenção mais detida. (SARLET; FIGUEIREDO. 2007, p. 178-184)

Desse modo, os direitos fundamentais sociais, assim como os direitos fundamentais individuais, têm aplicabilidade plena e eficácia imediata, não sendo a reserva do possível óbice para que o Estado seja obrigado a garantir o mínimo existencial na promoção da dignidade humana, muito mais quando tais direitos têm como destinatários pessoas vulneráveis, como as pessoas com deficiência.

2.2.4 Instrumentos que efetivam o direito fundamental à saúde das pessoas com deficiência

Neste tópico serão abordados os instrumentos normativos em geral que efetivam o direito à saúde para as pessoas com deficiência. Mais adiante, em tópico específico, será feito um estudo particularizado do SUS para os fins desta pesquisa.

É relevante ressaltar que saúde, enquanto direito fundamental, deve ser compreendida em toda a sua abrangência, ou seja, considerando a saúde conforme conceituada pela OMS (1946), no preâmbulo de sua Constituição, "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade". Assim, temas como atendimento preferencial, trabalho, acessibilidade nos edifícios públicos, entre outros, compõem o âmbito da saúde, pois geram "bem-estar físico, mental e social", conforme conceito da OMS.

Decorrente desse raciocínio, pode-se concluir que os direitos fundamentais são essenciais para a proteção e promoção dos direitos humanos e devem ser garantidos a todas as pessoas, independentemente de sua condição ou posição social, como prestação estatal que assegure o mínimo existencial. Entretanto, no caso das pessoas com deficiência, que apresentam vulnerabilidades representadas por barreiras de diversas naturezas em relação às pessoas sem deficiência, quais instrumentos os distinguem como destinatários de políticas promocionais?

O primeiro instrumento que estabelece direitos e garantias fundamentais, tanto no âmbito individual quanto social, é a Constituição Federal de 1988. Embora já se tenha discutido amplamente sobre ela neste tópico, é importante reafirmá-la como principal fonte de direitos e garantias fundamentais para as pessoas em geral e, principalmente, para as pessoas com deficiência, que são destinatárias de todos os valores, direitos e obrigações previstos no texto constitucional. Isso inclui igualdade e inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade (art. 5º); os direitos sociais como educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados (art. 6º); os direitos na prestação do trabalho urbano e rural (art. 7º); os direitos associativos, sindicais e de interrupção de atividades laborativas (art. 8º e 9º); a nacionalidade e direitos políticos (art. 12 a 14); ao meio ambiente ecologicamente equilibrado (art. 225); à saúde, previdência e assistência social (art. 196, 201 e 203), entre outros.

Especificamente em relação às pessoas com deficiência, a Constituição Federal de 1988 prevê em seu art. 23, inciso II, que é competência comum dos entes federados, em sua competência administrativa, "cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência".

Os aspectos sociais tais como trabalho, educação e integral social, como visto no conceito de saúde adotado pela OMS, fazem do compreendemos como saúde, por essa compreensão é importante ressaltar que, quanto a edição de atos normativos, a norma constitucional prevê no art. 24, inciso XIV, a competência comum para legislar sobre "proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência" e, no art. 37, inciso VIII, que define os princípios e atuação da Administração Pública na federação que "a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão" e, no art. 40, §4º-A, a aposentadoria especial dos servidores com deficiência. Os pagamentos devidos pelas Fazendas Públicas, em de débitos de natureza alimentícia, serão pagos com preferência sobre todos os demais débitos, conf. art. 100, §2º. Ainda sob o aspecto social, o texto constitucional permite adoção de requisitos ou critérios diferenciados para concessão de benefícios em favor dos segurados com deficiência (art. 201, §1º, inciso I). Por fim, o art. 203, inciso IV e V, expressamente registra que a assistência social tem por objetivos, entre outros, "a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária" e garantia de um salário mínimo ao deficiência sem meios de prover sua subsistência, por si ou por sua família. O direito a educação especializada também está expresso no texto constitucional (art. 208, inciso III), resultando em qualificação para o mercado de trabalho e instrumentos cognitivos para o exercício da cidadania da pessoa com deficiência. Esses direitos, com forte ênfase social, acabam refletindo na dimensão da saúde da pessoa com deficiência.

No art. 227, § 1º, II, a igualdade de direitos e oportunidades às crianças com deficiência, incluindo o acesso à saúde adequada. Já o art. 203, IV, estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo que este deverá garantir ações e serviços para a prevenção e tratamento de doenças, incluindo as pessoas com deficiência.

No plano instrumental, assegurando a efetivação do direito à saúde das pessoas com deficiência, além da própria Constituição Federal de 1988, a legislação brasileira conta com normas específicas voltadas para as pessoas com deficiência. Entre elas, a Lei nº 7.853/1989, que estabelece a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e a Lei nº 8.213/1991, que trata da reserva de vagas no mercado de trabalho.

Em 1995 foi promulgada a Lei 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que prevê isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros por pessoas com deficiência, acompanhando essa isenção, tem-se as leis estaduais, que isentam do pagamento de Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) as pessoas que com deficiência, sendo que cada Estado da Federação, por razões de competência tributária tem sua lei de regência.³⁴ Essas isenções (IPI/IPVA) possibilitaram às pessoas com deficiência a aquisição e manutenção de veículos que contornaram as barreiras físicas e falta de acessibilidade ampla nos meios de transporte, sendo

³⁴ No Estado de São Paulo a lei que isenta as pessoas com deficiência do pagamento de IPVA é a Lei n. 13.296, de 23 de dezembro de 2008, atualizada pela Lei 17.623/2023, que em seu artigo 13-A, assim dispõe:

Artigo 13-A - Fica assegurado o direito à isenção do IPVA para um único veículo de propriedade de pessoa portadora de transtorno do espectro do autismo em grau moderado, grave ou gravíssimo, ou com deficiência física, sensorial, intelectual ou mental, moderada, grave ou gravíssima, ou de seu representante legal, na forma e nas condições estabelecidas pelo Poder Executivo.

§ 1º - A concessão do direito de que trata o "caput" deste artigo fica condicionada à comprovação do grau moderado, grave ou gravíssimo de deficiência ou de transtorno do espectro do autismo, aferido em avaliação biopsicossocial, realizada, para esse fim, por equipe multiprofissional e interdisciplinar, de acordo com instrumentos previstos em ato do Poder Executivo, devendo a avaliação considerar:

- 1 - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- 2 - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- 3 - a limitação no desempenho de atividades; e
- 4 - a restrição de participação.

§ 2º - O direito previsto no "caput" deste artigo poderá ser concedido às pessoas com grau leve de deficiência ou de transtorno do espectro do autismo que se encontrem, nos termos do regulamento, em situação de excepcional restrição à participação social, aferida nos termos do § 1º deste artigo.

§ 3º - Enquanto não estiver regulamentada a avaliação biopsicossocial, na concessão da isenção prevista neste artigo, será considerada a avaliação da deficiência nos termos e nas condições estabelecidas em ato do Poder Executivo.

§ 4º - A isenção aplica-se:

1 - a veículo:

a) novo, cujo preço de venda ao consumidor sugerido pelo fabricante, incluídos os tributos incidentes, não seja superior ao previsto em convênio para a isenção do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação - ICMS nas saídas destinadas a pessoas com deficiência, observado o limite de valor da isenção concedida ao ICMS;

b) usado, cujo valor de mercado constante da tabela de que trata o § 1º do artigo 7º desta lei não seja superior ao previsto no convênio mencionado na alínea "a" deste item, observado o limite de valor da isenção concedida ao ICMS;

2 - somente aos veículos em situação regular, na data da ocorrência do fato gerador, quanto às obrigações relativas ao registro e licenciamento;

3 - às hipóteses de arrendamento mercantil.

§ 5º - O veículo objeto da isenção deverá ser conduzido pelo beneficiário, por seu tutor ou curador, ou por terceiro devidamente autorizado por um deles, na forma e condições estabelecidas em ato do Poder Executivo.

§ 6º - Detectada fraude na obtenção da isenção, o valor do imposto, com os respectivos acréscimos legais e relativo a todos os exercícios isentados, será cobrado do beneficiário ou da pessoa que tenha apresentado declaração falsa em qualquer documento utilizado no processo de concessão da isenção.

§ 7º - As isenções concedidas, especialmente aquelas que forem objeto de denúncia de fraude, serão auditadas na forma e condições estabelecidas em ato do Poder Executivo.

importante política promocional para conferir dignidade às pessoas com deficiência. O fato da possibilidade de fraude, para beneficiar terceiros ou desviar a finalidade promocional da norma para pessoas sem deficiência, não é motivo para restringir ou eliminar tais direitos (o que por si já se configuraria um retrocesso inadmissível em termos de direitos fundamentais), devendo ficar a cargo das agências administrativas e de persecução penal a punição, por multa ou prisão, dos infratores, sem que isso prejudique aquela parcela que usa desse direito de maneira ética e conforme sua necessidade.

No ano de 2000, foi promulgada a Lei nº 10.048/2000, conhecida como Lei do Atendimento Prioritário, determinando que as pessoas ali elencadas, bem como seus acompanhantes ou atendentes pessoais, desfrutem de atendimento prioritário nas instituições públicas e nas privadas que a lei indicar. Assim, em 08 de novembro de 2000, a lei estabeleceu um rol inicial de vulneráveis, nos termos da lei, composto por "pessoas portadoras de deficiência física (sic), os idosos com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo". Em 2003, a Lei nº 10.048/2000 (Lei do Atendimento Prioritário) foi alterada pela Lei 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) para realizar adequações à condição do idoso, fixando sua idade, para fins de atendimento prioritário, como pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Em 2015, nova alteração foi promovida na Lei nº 10.048/2000 (Lei do Atendimento Prioritário) pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei n. 13.146/2015), para modificar o termo "pessoas portadoras de deficiência" para "pessoas com deficiência" e incluir os obesos no rol de pessoas com atendimento prioritário, apresentando os titulares desse direito, nestes termos:

Art. 1º As pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.

Em 2022, pela Lei n. 14.364/2022, foi incluído o parágrafo único no artigo 1º da Lei n. 10.048 de 2000 (Lei do Atendimento Prioritário) para determinar que "os acompanhantes ou atendentes pessoais das pessoas referidas no caput serão atendidos conjunta e acessoriamente aos titulares da prioridade de que trata esta Lei".

É plausível que esse rol fosse ampliado, considerando a diversidade da dinâmica social e a crescente percepção que a sociedade alcança acerca de novos grupos ou indivíduos vulneráveis. Foi assim a Lei nº 14.626, de 19 de julho de 2023, modificou a Lei nº 10.048/2000 (Lei do Atendimento Prioritário) para prever atendimento prioritário a pessoas com transtorno do espectro autista ou com mobilidade reduzida, bem como reserva de assento em veículos de empresas públicas de transporte e de concessionárias de transporte coletivo, entre outras disposições, acrescentando o parágrafo terceiro á referida lei, nestes termos:

Art. 3º. As empresas públicas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo reservarão assentos, devidamente identificados, às **pessoas com deficiência, às pessoas com transtorno do espectro autista, às pessoas idosas, às gestantes, às lactantes, às pessoas com criança de colo e às pessoas com mobilidade reduzida.**

(destaques nossos)

Conforme se vê, ao lado das pessoas com deficiência, incluindo-se as pessoas com transtorno do espectro autista, estão pessoas típicas, isto é, não deficientes, tais como as pessoas idosas, gestantes, pessoas com criança de colo e com mobilidade reduzida, revelando que a lei não se destina especificamente às pessoas atípicas. Ainda que não trate especificamente das pessoas com deficiência, a Lei n. 10.048/2000 representa um importante avanço para garantir que tais pessoas, além de outros vulneráveis enumerados na lei, não sejam submetidas à igualdade formal de condições com indivíduos não afetados pelas vulnerabilidades nela especificadas. Nesse sentido, a lei estabelece que repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário por meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato. Em todas as instituições financeiras, haverá prioridade de atendimento. Nas empresas públicas de transporte e nas concessionárias de transporte coletivo, serão reservados assentos. Os logradouros e sanitários públicos, bem como os edifícios de uso público, seguirão normas de construção visando facilitar o acesso dessas pessoas. A Lei prevê penalidades administrativas, como multa, aos infratores. No âmbito da União, a Lei n. 10.048/2000 foi regulamentada pelo Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004, atualmente em vigor, sendo, portanto, exigível seu cumprimento.

A Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000, conhecida como Lei de Acessibilidade, estabeleceu "normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida". Apresentando um rol de definições, que em 2015 foi em parte aperfeiçoado por modificações promovidas pela Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência), a Lei de Acessibilidade mantém sua relevância até os dias atuais, especialmente na construção civil e no planejamento urbanístico, fomentando o desenho universal³⁵ e a tecnologia assistiva e ajuda técnica³⁶ como forma de eliminação de barreiras³⁷, promoção da acessibilidade³⁸, autonomia e, por consequência, igualdade das pessoas com deficiência³⁹, com mobilidade reduzida⁴⁰ e seus acompanhantes⁴¹.

A Lei ainda prevê a acessibilidade nos sistemas de comunicação e sinalização ao determinar, no artigo 17, que:

O Poder Público promoverá a eliminação de barreiras na comunicação e estabelecerá mecanismos e alternativas técnicas que tornem acessíveis os sistemas de comunicação e sinalização às pessoas portadoras de deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação, para garantir-lhes o direito de acesso à informação, à comunicação, ao trabalho, à educação, ao transporte, à cultura, ao esporte e ao lazer.

³⁵ Lei 10.098/2000, art. 2º, X - desenho universal: concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou de projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva.

³⁶ Lei 10.098/2000, art. 2º, VIII - tecnologia assistiva ou ajuda técnica: produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivem promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social;

³⁷ Lei 10.098/2000, art. 2º, II - barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em: (...)

³⁸ Lei 10.098/2000, art. 2º, I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida;

³⁹ Lei 10.098/2000, art. 2º, III - 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;

⁴⁰ Lei 10.098/2000, art. 2º, IV - pessoa com mobilidade reduzida: aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso;

⁴¹ Lei 10.098/2000, art. 2º, V - acompanhante: aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal;

Em 2019, pela Lei n. 13.835, de 4 de junho de 2019, a Lei n. 10.098/2000 (Lei de Acessibilidade) foi modificada para assegurar às pessoas com deficiência visual o direito de receber cartões de crédito e de movimentação de contas bancárias com as informações vertidas em caracteres de identificação tátil em braile.

Essa expansão legislativa interna ocorreu não só pela organização de grupos sociais, de pessoas com deficiência e seus representantes, em solo nacional, mas, em parte, pelo reconhecimento de direitos no plano internacional em prol das pessoas com deficiência.

É importante salientar que o artigo 5º, § 3º, da Constituição Federal de 1988 (CF/88) estipula que os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos, aprovados pelo Congresso Nacional, em cada Casa, em dois turnos e por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais. Isso implica que, ao adotar esse procedimento específico, os tratados de direitos humanos alcançam o status de norma constitucional no ordenamento jurídico brasileiro.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada pela ONU em 2006 e ratificada pelo Brasil em 2008, é um tratado de direitos humanos que obedeceu ao procedimento previsto no art. 5º, § 3º, da CF/88 e, conseqüentemente, detém status de norma constitucional.

A CDPD foi aprovada pelo Congresso Nacional mediante o Decreto Legislativo nº 186/2008 e promulgada pelo Decreto nº 6.949/2009. Tal convenção estabelece um conjunto abrangente de direitos e obrigações com o objetivo de assegurar a igualdade, a dignidade e a inclusão das pessoas com deficiência no âmbito social.

O artigo primeiro da referida convenção reitera a dignidade e igualdade das pessoas com deficiência, enfatizando a importância do respeito pelos direitos humanos e pela diversidade humana, bem como o reconhecimento das barreiras que impedem a plena participação desses indivíduos na sociedade. Tal disposição reforça a necessidade de um compromisso firme por parte do Estado e da sociedade no sentido de promover políticas públicas inclusivas e efetivas, voltadas à garantia dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência., conceituando-a:

Artigo 1 – Propósito

O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Em seguida, no artigo 4, a convenção apresenta uma série de obrigações prestacionais dos Estados signatários, do qual se destaca a alínea “a”:

Adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção.

O dispositivo citado bastaria para a concretização dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência, todavia, no item 2 do artigo 4, a convenção faz uma condicionante:

Em relação aos direitos econômicos, sociais e culturais, cada Estado Parte se compromete a tomar medidas, tanto quanto permitirem os recursos disponíveis e, quando necessário, no âmbito da cooperação internacional, a fim de assegurar progressivamente o pleno exercício desses direitos, sem prejuízo das obrigações contidas na presente Convenção que forem imediatamente aplicáveis de acordo com o direito internacional.

Todavia, o verdadeiro marco jurídico na luta pelos direitos das pessoas com deficiência foi a promulgação da Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência), que pode ser atribuída a diversos fatores e acontecimentos, tanto nacionais quanto internacionais.

A Lei Brasileira de Inclusão se baseia na igualdade material e tem seus fundamentos em norma constitucional, vejamos:

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada 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.

Parágrafo único. Esta Lei tem como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno.

A consolidação da Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência) é resultado de um processo histórico de luta pelos direitos das pessoas com deficiência, marcado pela busca de reconhecimento, igualdade e inclusão social. É nela que o Estado Brasileiro reafirma o texto constitucional da efetivação do direito à saúde por meio do SUS, agora, de modo mais específico, voltado às pessoas com deficiência, que será abordado no tópico seguinte.

É na Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência) que estão previstos à essa população a reserva: de unidades habitacionais (três por cento) nos programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos (art. 32); de espaços livres nos teatros, cinemas, auditórios, estádios, ginásios de esporte, locais de espetáculos e de conferências e similares (art. 44); de 2% das vagas em estacionamento aberto ao público, sendo no mínimo uma vaga (art. 47); de 10% da frota de táxi para veículos acessíveis à pessoa com deficiência (art. 51); de vagas no trabalho modificando a Lei nº 8.213/1991, que trata da reserva de vagas no mercado de trabalho (art. 101, caput e §2º), entre outras reservas.

Embora não se tenha a pretensão de esgotar o elenco de instrumentos legislativos que tutelam a saúde em seu sentido mais amplo, neste tópico, buscou-se apresentar um panorama normativo de interesse das pessoas com deficiência, voltados à promoção da saúde em sua maior abrangência (bem-estar físico, mental e social).

Desde sua edição, a Lei Brasileira de Inclusão sofreu diversas alterações e complementos, dentre as quais destaca-se a avaliação biopsicossocial da deficiência, por exame-médico pericial, composto de equipe multiprofissional (artigo 2º e seus parágrafos); o uso opcional do cordão de fita com desenhos de girassóis para identificar pessoas com deficiências ocultas (art. 2º-A); a contemplação de danos cerebrais e sequelas neurológicas ao rol de exames realizados em recém-nascidos (art. 19, inciso V); o atendimento remoto como instrumento de superação de barreiras

também foi incluído ao longo de suas atualizações pela telemedicina (art. 2º, §3º) e telessaúde (art. 19, inciso V), entre outras.

Dito isso, é oportuno adentrar na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de compreender como as Delegacias de Polícia, vinculadas à pasta da Segurança Pública, poderiam se integrar ao sistema de saúde, visando à promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais aos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS. Neste contexto, é fundamental analisar de que maneira as instituições podem atuar em conjunto, estabelecendo estratégias e políticas públicas que possibilitem uma maior inclusão e garantia dos direitos das pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais no acesso aos serviços de saúde.

2.3 SUS, Lei n. 10.216 e trabalho em rede (RAPS e CAPS) no âmbito da saúde mental

Consoante analisado, a saúde representa um direito fundamental preconizado na Constituição Federal de 1988, que deve ser garantido a todas as pessoas, abarcando inclusive aquelas com deficiência. A Carta Magna brasileira delinea o percurso que confere efetividade ao direito à saúde, por meio de políticas públicas e estratégias que atendam às demandas dos cidadãos.

Nesse contexto, destaca-se o papel central do SUS, a inserção da Lei n. 10.216/2001 e o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com o trabalho em rede, como é o caso da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito da saúde mental. Essas estruturas são fundamentais para a promoção e garantia do acesso à saúde das pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais, estabelecendo a articulação entre os diferentes serviços e instâncias do SUS.

2.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição Federal de 1988 indica o caminho que confere concretude ao direito à saúde, vejamos artigos 196 e 197 do texto constitucional:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Ademais, a Constituição Federal de 1988 estabelece, em seu texto, a igualdade de direitos e oportunidades às crianças com deficiência, incluindo o acesso à saúde adequada (art. 227, § 1º, II). A Carta Magna também determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo necessário garantir ações e serviços para a prevenção e tratamento de doenças, abrangendo as pessoas com deficiência (art. 203, IV). Essa menção explícita é de crucial relevância, uma vez que, para as pessoas com deficiência, existem obstáculos estruturais, barreiras e preconceitos que dificultam o exercício deste direito, demandando atendimento especializado e tratamentos específicos. Por essa razão, é importante que a legislação estabeleça discriminações positivas que atenuem suas vulnerabilidades.

A Lei n. 7.853/1989, que estabelece a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Essa lei, embora não apresenta o SUS como efetivação do direito à saúde, pois o SUS surgiu posteriormente, em 1990 com a Lei 8080/90, a Lei n. 7.853/89 deve ser interpretada evolutivamente, isto é, entendendo que o SUS é o responsável pela efetivação de suas ações. A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência tem em seu artigo 2º diversas ações, tematizadas por área, sendo que na área da saúde estão previstas as seguintes ações:

- a) a promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico e ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência;
- b) o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidente do trabalho e de trânsito, e de tratamento adequado a suas vítimas;
- c) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação;
- d) a garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;
- e) a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado;

f) o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social;

O Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, tem como objetivo regulamentar, no âmbito do Governo Federal, a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, prevista pela Lei nº 7.853/1989. Ambas as normas permanecem vigentes até os dias atuais, exigindo prestações positivas por parte do Estado.

Mas, o que seria o SUS propriamente dito? A Lei n. 8.080/90 responde:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, **constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)**.

§ 1º **Estão incluídas no disposto neste artigo** as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º **A iniciativa privada** poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), **em caráter complementar**.

(destaques nossos)

A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde ou Lei do SUS, não apresenta dispositivos diretamente relacionados às pessoas com deficiência. Entretanto, dispõe de previsão específica para mulheres em situação de violência⁴². Além desta importante, porém tímida, discriminação positiva, não há menção a outros grupos vulneráveis ou em situação de vulnerabilidade. Dessa forma, a interpretação sistemática da Lei Orgânica da Saúde deve ser feita em conjunto com a Lei nº 10.048/2000 (Lei do atendimento prioritário), garantindo atendimento preferencial no SUS a pessoas com deficiência, idosos com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes, pessoas com crianças de colo e obesos. Ademais, a leitura da Lei do SUS deve ser conjugada com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei n. 13.146/2015) para compreender que "é assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso

⁴² Art. 7º, XIV, da Lei 8.080/90: "organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013".

universal e igualitário" (art. 18), e que a pessoa com deficiência tem prioridade no atendimento, inclusive nos serviços de emergência públicos e privados, "condicionada aos protocolos de atendimento médico" (art. 9º, §2º).

Conforme previsto no artigo 197 da Constituição de 1988, uma das missões do SUS é promover, nos campos econômico e social, o direito fundamental à saúde (art. 196 da CF/88).

Entretanto, ao analisar a realidade brasileira, percebe-se que os serviços do SUS não são prestados com a mesma qualidade e homogeneidade em todo o território nacional. Por consequência, os serviços não conseguem atender adequadamente as pessoas com deficiência, dependendo da localidade, podendo até mesmo inexistir tal prestação. Nesse sentido, destaca-se a pesquisa de Fabienne Louise Juvêncio dos Santos Amaral *et al.* (2012, p. 1835), que, mediante entrevistas domiciliares realizadas de 2007 a dezembro de 2008, constatou que pacientes acometidos de deficiência e/ou comorbidades não foram atendidos pelo SUS⁴³.

Em trabalho mais recente, datado de 2015, Mariana Fernandes Campos *et al.* (2015, p. 207), assim expõe sua análise sobre a realidade dos serviços prestados pelos SUS às pessoas com deficiência e aponta o trabalho em "rede", iniciado em 2011 com uma política pública mais alinhada aos compromissos internacionais, como um fator de efetiva qualificação dos serviços prestados pelos SUS às pessoas com deficiência. Vejamos:

A saúde da pessoa com deficiência foi uma agenda preterida no Sistema Único de Saúde (SUS). Não há exagero nessa afirmação, pois, geralmente, as iniciativas nesse campo eram pontuais, muitas vezes parcelares, e sem nexos com os princípios de integralidade, equidade, universalidade e acesso qualificado e universal à saúde.

⁴³ Na referida pesquisa constatou-se que pessoas acometidas por deficiência ou doenças em suas "As funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento foram as mais prejudicadas (52%), havendo maior acometimento das estruturas corporais relacionadas ao movimento (44,2%) e as do Sistema Nervoso (39,2%), com destaque para o elevado número de casos (14%) decorrentes de seqüela de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Entre os entrevistados, 63,9% afirmam que de suas residências aos locais onde recebiam atendimento à Saúde não haviam meios suficientes e apropriados para diminuir os obstáculos físicos e 41,7% que não existiam adaptações nos locais de atendimento. A legislação brasileira garante direitos às pessoas com deficiência que não foram amplamente respeitados. São necessárias ações que previnam o desenvolvimento de deficiências, em especial aquelas decorrentes de seqüelas de AVC". (AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos *et al.* Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. Revista Temas Livres. Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Campus I, Cidade Universitária. João Pessoa PB. Julho/agosto de 2012, p. 1833. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/csc/a/5WwrxJ3K4VChb3QYkqVjGFp/?format=pdf&lang=pt>> acesso em 09 de fevereiro de 2024.)

Entre outros exemplos, serviços isolados e portarias, como as de Saúde Auditiva (Portaria 587/SAS/MS, de 7 de outubro de 2004), Assistência à Pessoa com Deficiência Física (Portaria nº 818/GM/MS, de 5 de junho de 2001) e Assistência à Pessoa com Deficiência Visual (Portaria nº 3.128/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008), não lograram uma articulação consistente com os pontos e níveis de atenção à saúde do SUS; o caráter fragmentário e a pouca eficácia desse tipo de medida, em termos de equacionamento das complexas problemáticas de saúde das pessoas com deficiência, corroboram, para dizer o mínimo, o caráter lateral ou secundário que a saúde da pessoa com deficiência ocupou no SUS até recentemente.

Segundo as referidas pesquisadoras (CAMPOS *et al*, 2015, p. 207-208), a internalização de compromissos assumidos perante a comunidade internacional, conferiu uma nova dinâmica nos serviços do SUS, com a adoção da gestão em “rede”, nestes termos:

No entanto, também é fato que, nos últimos anos, com o avanço dos movimentos sociais das pessoas com deficiência, o desenvolvimento internacional desse campo (por exemplo, Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Nova York, 30 de março de 2007, da qual o Brasil é signatário) e, no Brasil, também com o incremento da agenda dos Direitos Humanos, o governo brasileiro começa a se aproximar da problemática e, de forma explícita, a Presidência da República a assume, em 2011, como prioridade de governo, lançando o Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, que envolve mais de 15 pastas ministeriais e conta com investimentos previstos da ordem de 14 bilhões de reais até 2014, em ações divididas por quatro eixos prioritários: Atenção à Saúde; Acesso à Educação; Inclusão Social; e Acessibilidade. O Ministério da Saúde é um dos atores centrais do Plano Viver Sem Limite; e mais do que realizar ações incrementais em relação àquilo que é praticado na saúde das pessoas com deficiência, tornou estruturante essa agenda no SUS, por meio da criação da **Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência**, na condição de rede prioritária de saúde. O processo de formulação e implementação dessa **Rede** começa em 2012, com a publicação da Portaria 793, de 25 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. (...) Por fim, embora a **nova Rede** tenha sido bem recebida pelos movimentos sociais das pessoas com deficiência, bem como pelos estados e municípios brasileiros, seu desenvolvimento, aprimoramento e fortalecimento precisam ser estudados e debatidos mais amplamente também no campo acadêmico. A expansão do debate acadêmico pode contribuir para qualificar a formação de profissionais para nova política e, ao mesmo tempo, ativar a necessária **interlocução da Rede** com outras áreas de conhecimento, além daquelas ligadas mais diretamente à reabilitação, uma vez que as problemáticas implicadas com as deficiências afetam e são transversais a muitas outras áreas de conhecimento.

(grifos nossos)

O trabalho em rede no âmbito do SUS constitui uma verdadeira porta de entrada para ações conjuntas entre instituições e órgãos, visando à concretização das políticas públicas que promovam a saúde. Nesse contexto, é possível iniciar uma abordagem hermenêutica que insere as unidades policiais, especificamente as

Delegacias de Polícia, como vetores de acessibilidade das pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde, no âmbito do trabalho em rede, tema que será abordado nos próximos tópicos.

2.3.2 Importância da Lei n. 10.216 no contexto do SUS

A Lei n. 10.216, de 2001, conhecida como Lei da reforma psiquiátrica, emerge de um contexto marcado pela exclusão, isolamento e invisibilidade de pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais, em que a forma clássica de tratamento consistia no confinamento dessa população em instituições de internação denominadas manicômios, objetivando conter sua “periculosidade” social. A natureza segregacionista desses estabelecimentos prevalecia sobre os objetivos terapêuticos, transformando-os em verdadeiras prisões, onde toda sorte de violações aos direitos fundamentais dos “pacientes” era fundamentada em lei, conforme o artigo 13 do Decreto nº 206-A, de 15/02/1890:

Art. 13. Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranqüilidade pública, offenderem a moral e os bons costumes, e por actos attentarem contra a vida de outrem ou contra a própria, deverão ser collocadas em asylos especiaes, exclusivamente destinados à reclusão e ao tratamento de alienados.

Todavia, o fundamento da periculosidade e manutenção da ordem social foi deslocado para o argumento médico-psiquiátrico de tratamento da saúde mental, sob inspiração da metodologia italiana de Franco Basaglia⁴⁴, com forte influência no Brasil, advindo no Brasil novas leis que fundamentassem a sequestração de pessoas com base na autoridade psiquiátrica, sem no entanto, em eu pese a mudança na fundamentação, mudar a ênfase na segregação do paciente. Cenário que começaria a mudar com a Declaração de Caracas, ou seja, a Conferência para a Reestruturação

⁴⁴ Sobre Franco Basaglia, sua metodologia de tratamento mental e sua influência no movimento antimanicomial recomenda-se a leitura do trabalho de dissertação de Ismael Alves Lopes *in* A aplicação da medida de segurança de internação aos portadores de transtornos mentais: um estudo da (re)adequação da medida de segurança diante das novas políticas de saúde mental. Programa de Mestrado. Universidade Santa Cecília. Santos: 2023. Disponível em <https://unisanta.br/arquivos/mestrado/direito/dissertacoes/Dissertacao_ISMAELALVESLOPES582.pdf> acesso em 18 de setembro de 2024.

da Assistência Psiquiátrica na América Latina, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

É de se observar que a Lei n. 10.216/2001 tem forte inspiração na Declaração de Caracas (1990), a qual constata os seguintes pontos, como premissa para seus fundamentos:

1. A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, integral, descentralizada, contínua, participativa e preventiva;
2. O hospital psiquiátrico como uma única modalidade assistencial, dificulta a consecução dos objetivos acima mencionados por:
 - a) Provocar o isolamento do paciente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacidade para o convívio social;
 - b) Criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente;
 - c) Absorver a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental;
 - d) Fomentar um ensino insuficientemente vinculado às necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

A repercussão deste importante documento internacional no Brasil deu força aos movimentos que lutavam pela superação do paradigma manicomial, denominados movimentos antimanicomiais, que pregava a humanização, a desinternação e tratamento em meio aberto como vetores de toda e qualquer intervenção médica voltada à saúde mental, conforme nos ensina Pereira (2004, p. 81):

A Declaração de Caracas é um documento fundamental no processo de reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina. No Brasil tem sido utilizada como base para o processo de reforma, sendo incluída no rol dos documentos fundamentais para o campo da saúde mental pelo Ministério da Saúde.

Ainda, no âmbito internacional, a reforçar a elaboração da Lei n. 10.216/2001, tem-se a Resolução 46/49 da Organização das Nações Unidas (ONU), aprovada em sua Assembleia Geral em 17 de dezembro de 1991, que trata da “Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, reforçando o respeito aos direitos fundamentais dos usuários e responsabilidade compartilhada do Estado, sociedade e família na promoção desses direitos, da qual podemos destacar as seguintes premissas:

1. Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.
2. Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.
3. Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante.
4. Não haverá discriminação sob pretexto de um transtorno mental.
5. Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema da saúde mental e das suas conseqüências.

Sob essa perspectiva antimanicomial, em 1987 foi feita a primeira experiência de instituição de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, servindo como um filtro entre a medida internativa e cuidados ambulatoriais, vejamos (DEVERA e DA COSTA ROSA, 2007, p. 69):

Em 1987 foi criado o “Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS)”, ainda como instância intermediária entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental, no final da primeira gestão democrática estadual de São Paulo. O primeiro “CAPS” do Brasil seguiria uma trajetória própria experimentando novas práticas e assimilando conhecimentos de várias experiências históricas alternativas à Psiquiatria Hospitalocêntrica, (...). Devem-se ao CAPS os significantes que nomeiam, pós década de 80, o ideário e as práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico: Atenção Psicossocial. (...)

A partir dos primeiros anos da primeira década do ano 2000, o Ministério da Saúde elege o significativo CAPS como designação oficial das experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico (...)

No ordenamento jurídico brasileiro, é criado o SUS (Sistema Único de Saúde), é regulado pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei do SUS, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, entre outras disposições. Essa lei deixa claro que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (art. 2º), por meio da “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário” (§1º, art. 2º). A Lei deixa claro que esse “dever do Estado não exclui o das pessoas, da família,

das empresas e da sociedade”, portanto, a saúde tem uma responsabilidade compartilhada (§2º, art. 2º).

Compreendendo a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946), a Lei 8.080/90 (Lei do SUS), no parágrafo único de seu artigo 3º, coloca os aspectos do bem-estar importantes para expressar a saúde de uma pessoa, vejamos:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. **Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.**

(grifos nossos)

Assim, não só o bem-estar físico e social, mas também o mental dizem respeito à saúde, garantida às pessoas e à coletividade.

A Lei do SUS, em seu artigo 7º, dispõe sobre os quinze princípios a serem observados na prestação dos serviços de saúde, destes princípios, destacar-se-á cinco nos referidos incisos do dispositivo:

- I - **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; (...)
- II - **integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (...)
- IV - **igualdade da assistência à saúde**, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; (...)
- VIII - **participação da comunidade**;
- IX - **descentralização político-administrativa**, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

(destaques nossos)

Esses cinco princípios expressos na Lei do SUS encontram eco na Lei n. 10.216/2001, pois foram usados para configurar a reforma psiquiátrica expressa na referida lei, expressando que todos têm direito ao atendimento e em igualdade de condições, com oferta de serviços psiquiátricos de maneira abrangentes nos

equipamentos públicos, evitando o isolamento de unidades psiquiátricas, retirando o estigma do tratamento em saúde mental; ainda, a oferta de serviço integral, que abranja toda a necessidade envolvida no tratamento do usuário e, por fim, a participação da sociedade, como dito, a Lei n. 10.216/2001 é fruto da pressão social sobre o Estado e, a gestão da saúde mental, não poderia prescindir dessa importante participação para aperfeiçoamento dos serviços de saúde mental. Com maior propriedade discorre Delgado (2011, p. 4704):

São os princípios do SUS que norteiam a reforma psiquiátrica. Primeiro deles, a **universalidade do atendimento**. Todos têm direito ao atendimento pleno. O segundo princípio é a **equanimidade**, a ideia da justiça. Não podemos estigmatizar, deixar de fora ninguém que por algum motivo não esteja a nosso alcance. Em terceiro, a **descentralização**. Evitar a desterritorialização e ter serviços descentralizados cada vez mais perto das pessoas. Alas psiquiátricas em hospital geral, portas de entrada universal, integração programada na saúde da família e ver a internação, quando necessária, como proteção e acolhimento pessoal, e não como horas leito, inadequada à natureza do cuidado psiquiátrico. O quarto princípio é a **integralidade dos serviços e dos dispositivos para o paciente e suas necessidades**. Da vacina ao transplante, do velho calmante aos neurolépticos de última geração, todos têm que estar à disposição do paciente, para que ele crescentemente possa sair do tratamento compulsório e caminhar para o voluntário. O quinto é o **controle social** derivado de discussões e decisões de Congressos, Conferências e Conselhos protegendo os Conselhos de Saúde da manipulação política e da desinformação.

(destaques nossos)

É neste contexto de mudanças e percepções internacionais e no âmbito interno, brasileiro, que surge a Lei n. 10.216/2001, capacitando o SUS na saúde mental com os novos paradigmas da atenção psicossocial, com o tratamento ambulatorial e familiar em primeiro plano, ficando a internação como última das soluções, vejamos:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.
§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

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

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º 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.

Conforme se vê, a Lei n. 10.216/2001 condicionou a internação psiquiátrica a uma série de condições, ainda que seja por consentimento do próprio usuário, como ocorre na internação voluntária, a qual poderá cessar a qualquer momento a pedido do usuário ou do médico que lhe assiste. Ainda, a internação involuntária, que ocorre a pedido de terceiro diretamente ao médico psiquiatra, e a internação voluntária deve ser subscrita por médico psiquiatra devidamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina) e, este médico, deve comunicar, no prazo máximo de setenta e duas horas, ao Ministério Público as razões da internação. Cessa a internação involuntária a pedido da família, do médico e, por razões óbvias, do agente fiscalizador, ou seja, do Ministério Público. Na internação compulsória, imprescindível a existência de contraditório e ampla defesa mínimos, objetivando oportunizar à pessoa seja levada

em consideração seus interesses, especialmente a manutenção de seu status de liberdade, sob pena de inconstitucionalidade da medida, conforme estudos de (WERMUTH e MENEZES, 2021, p. 141-142):

Neste contexto, coloca-se a questão sobre a necessidade de um processo prévio para a imposição da internação involuntária e compulsória. Na medida em que a internação possui um caráter verdadeiramente sancionatório-penal, como já visto acima, sua aplicação pelo Estado pressupõe um processo prévio e regrado, sob pena de violação do princípio da jurisdicionalidade, bem como do princípio do devido processo legal. Assim, o mencionado princípio determina que algumas matérias fiquem submetidas ao Poder Judiciário. Esta “reserva de jurisdição” aplica-se, também, em outras searas do sistema jurídico. Nesse sentido, impõe-se prestigiar os princípios e valores fundamentais inscritos na Constituição da República, os quais demandam a observância do devido processo legal, do contraditório, da ampla defesa, bem como a presunção geral de liberdade, e a necessidade de observância da proporcionalidade de qualquer intervenção estatal.

(...)

Veja-se que o indivíduo internado não tem direito de expressar a sua voluntariedade ao tratamento, bem como vê aplicada em seu desfavor uma medida de segurança autoritária para o “bem da sociedade” e para a prevenção de futuros delitos. Assim, nota-se a supressão da ampla defesa e do contraditório, ou seja, o sujeito sequer cometeu um crime e já é encaminhado a “cumprir uma pena” que deveria ser aplicada a quem praticou delitos. Segundo Nereu Giacomolli (2014 p. 94), o sujeito “não pode ser tratado como se já fosse ou nascesse culpado e nem como um objeto do processo, mas como um ser humano e sujeito processual”. Em outras palavras, pode-se sugerir que a internação compulsória e a involuntária são uma espécie de medida de segurança “atípica”, pois, como já mencionado, não estão presentes na sua execução os princípios do devido processo legal: contraditório e ampla defesa que são assegurados pelo art. 5º, LV, da Constituição Federal.

Sobre os serviços prestados pelo CAPS, além das normas jurídicas acima elencadas, vale a comunicação direta, feita ao público não afeto aos termos legais, com maior alcance comunicativo, tal como o fez a Prefeitura do Município de São Paulo – SP, que em seu portal de serviços, sobre o CAPS, seus serviços e estrutura, publicou:

Os Centros de Atenção Psicossocial e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são portas de entrada para o atendimento na área de Saúde Mental dentro da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. A rede do município conta atualmente com 102 CAPS, sendo 35 deles Álcool e Drogas (AD), 33 Infantojuvenis e 34 Adultos. Ao todo, 46 funcionam como CAPS III (com acolhimento integral – funcionamento 24 horas) e 1 como CAPS IV (com funcionamento 24h e possibilidade de acolhimento integral nas 24h).

Todos os CAPS trabalham em regime de porta aberta, isto é, sem necessidade de agendamento prévio ou encaminhamento, oferecendo

acolhimento e tratamento multiprofissional aos usuários. O usuário que procura o CAPS é acolhido e participa da elaboração de um Projeto Terapêutico Singular específico para as suas necessidades e demandas.

Uma equipe multiprofissional composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais avaliam o quadro do usuário e indicam o tratamento adequado para cada caso. O CAPS também atua no acolhimento às situações de crise, nos estados agudos da dependência química e de intenso sofrimento psíquico. A internação hospitalar só é indicada quando esgotadas todas as possibilidades terapêuticas disponíveis no CAPS.

Nos CAPS III, especificamente, existem vagas de acolhimento integral, nas quais os usuários podem permanecer para tratamento durante os estados mais agudos da doença por até quinze dias.

Existem também as Unidades de Acolhimento (UA) que são moradias provisórias destinadas aos usuários que estejam em tratamento nos CAPS AD e apresentam conflitos familiares ou que se encontram em situação de risco ou vulnerabilidade em seus locais de moradia e necessitam de cuidados em saúde mental especificamente para o uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas.

Mesmo diante de todo esse trabalho de sensibilização ao tratamento, não há como garantir que o usuário passe pelo tratamento, caso não seja de sua vontade. Além de atendimentos individuais e em grupo com esse intuito, há ainda as visitas domiciliares feitas pelos CAPS, UBS e os Consultórios na Rua que fazem a busca ativa a pacientes que estejam em situação de rua.

2.3.3 Trabalho em rede na saúde mental

O trabalho em rede representa uma abordagem colaborativa e integrada, na qual diferentes atores e instituições interagem e compartilham recursos, conhecimentos e competências com o objetivo de alcançar metas comuns. Essa perspectiva tem ganhado cada vez mais relevância em um mundo globalizado e interconectado, no qual os desafios enfrentados pela sociedade são complexos e multidimensionais, demandando soluções inovadoras e coordenadas.

A Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência) faz referência ao trabalho em rede ao instituiu uma série de direitos que visam assegurar às pessoas com deficiência seu adequado e efetivo atendimento pelo SUS. A título de exemplo, segue alguns desses dispositivos:

- o processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência: serão prestados próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes

de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS), conf. art. 14 c/c art. 15;

- aquisição de informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis: Os serviços do SUS e do Suas deverão promover ações articuladas para garantir à pessoa com deficiência e sua família a aquisição de informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social, conf. art. 17;

Assim, pertinente discorrer sobre a rede nos serviços públicos de saúde. Segundo Danielle Costa Reis Miguelleto (2001, p. 48):

A rede é um arranjo organizacional formado por um grupo de atores, que se articulam – ou são articulados por uma autoridade - com a finalidade de realizar objetivos complexos, e inalcançáveis de forma isolada. A rede é caracterizada pela condição de autonomia das organizações e pelas relações de interdependência que estabelecem entre si. É um espaço no qual se produz uma visão compartilhada da realidade, se articulam diferentes tipos de recursos e se conduzem ações de forma cooperada. O poder é fragmentado e o conflito é inexorável, por isso se necessita de uma coordenação orientada ao fortalecimento dos vínculos de confiança e ao impedimento da dominação.

Como visto acima, o conceito de trabalho em rede vai além de simplesmente reunir diferentes atores em um único espaço de colaboração. Ele implica a criação de uma estrutura flexível, na qual os participantes possam se adaptar e responder a desafios emergentes, compartilhando informações e recursos de forma eficiente e eficaz. Nesse sentido, o trabalho em rede busca maximizar o potencial de cada participante, proporcionando sinergias e permitindo que cada um se beneficie do conhecimento e das capacidades dos outros.

A importância do trabalho em rede reside em sua capacidade de enfrentar questões complexas que vão além das competências de um único ator ou instituição. Ao compartilhar recursos e conhecimentos, os participantes da rede são capazes de desenvolver abordagens mais abrangentes e eficientes para lidar com desafios comuns. Além disso, o trabalho em rede pode ajudar a evitar a duplicação de esforços e a promover a inovação, à medida que diferentes perspectivas e experiências são incorporadas ao processo de tomada de decisão.

Exemplos de trabalho em rede no campo do Direito podem ser encontrados em diversas áreas, como no combate ao crime organizado, na promoção dos direitos humanos e na proteção do meio ambiente. No combate ao crime organizado, por exemplo, diferentes instituições e agências governamentais podem colaborar para compartilhar informações e coordenar ações de investigação e repressão. Essa abordagem colaborativa é fundamental para enfrentar organizações criminosas cada vez mais sofisticadas e com ramificações internacionais.

No campo dos direitos humanos, o trabalho em rede pode envolver organizações não governamentais, instituições acadêmicas e órgãos governamentais, que atuam conjuntamente para monitorar violações, desenvolver políticas públicas e promover a educação e a conscientização sobre temas relacionados aos direitos humanos. Nesse contexto, o trabalho em rede pode contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva, na qual os direitos fundamentais sejam respeitados e protegidos.

Por fim, na área de proteção ambiental, o trabalho em rede pode facilitar a colaboração entre entidades públicas e privadas, bem como entre países, no desenvolvimento e implementação de políticas e regulamentações para garantir a preservação do meio ambiente e a promoção do desenvolvimento sustentável. Nesse sentido, o trabalho em rede é essencial para enfrentar desafios globais, como as mudanças climáticas, que exigem ações coordenadas e cooperativas em nível internacional.

Justamente pela complexidade de causas e atores envolvidos na questão da saúde mental, visando o aproveitamento máximo do potencial de todos os envolvidos no processo, cada qual em seu campo de atuação, que o trabalho do SUS, em relação à saúde mental, foi organizado em rede. Neste sentido a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a RAP, ou seja, “a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

A RAP se volta exclusivamente à “à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” (art. 1º da referida Portaria) e seus objetivos específicos estão expressos reforçam a promoção da saúde nos grupos vulneráveis sujeitos ao uso e efeitos da dependência de álcool e drogas, vejamos:

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);

II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;

III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e

IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

(grifos nossos)

Note-se, no inciso VI do art. 4º, a necessidade de ações intersetoriais, podendo o encaminhamento de pessoas com transtorno mental e/ou deficiência intelectual, da Delegacia de Polícia para a unidade de saúde, ser uma das possíveis ações que promovam “cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas)”, conf. art. 4º, I, da Portaria MS n. 3.088/2011. Esse dever de encaminhamento é reforçado implicitamente, tanto pelas normas internacionais, quanto pela Lei n. 10.216/2001 (art. 3º), quando enfatizam a responsabilidade do Estado, da sociedade e da família, ou seja, de todos, na promoção da dignidade e acessibilidade aos serviços de saúde mental, preferencialmente ambulatorial e doméstico, em detrimento do serviço internativo.

Anos após, foi editada a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, do Ministro da Saúde, com objetivo de consolidar as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde (SUS). A referida norma administrativa deixa claro o trabalho em rede no âmbito do SUS. Vejamos:

Art. 1º As redes temáticas de atenção à saúde, as redes de serviço de saúde e as redes de pesquisa em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) obedecerão ao disposto nesta Portaria.

Assim, são três redes principais nas quais se estrutura o Sistema Único de Saúde: atenção à saúde, serviço de saúde e pesquisa em saúde.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são um conjunto de ações e serviços de saúde articulados e integrados, com o objetivo de garantir uma atenção à saúde contínua, integral, eficiente e equânime à população. As RAS são organizadas em níveis de complexidade crescente e envolvem diferentes pontos de atenção, como atenção primária, atenção especializada, atenção hospitalar, atenção de urgência e emergência, e atenção domiciliar. A ideia central das RAS é promover a coordenação e a integração dos serviços de saúde, melhorando a qualidade e a eficiência do atendimento aos usuários do SUS. Sobre o RAS Cecília Arruda *et al.* (2015, p. 170) discorre sobre sua missão. Vejamos:

A evolução do processo da gestão do SUS traz a ideia de rede para sua efetiva consolidação. Desse modo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram descritas pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia de reestruturação, especialmente, no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, com vistas a assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência. As RAS são consideradas organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Procuram oferecer atenção contínua e integral à população, devendo ser coordenadas pela atenção primária à saúde, com vistas à prestação de serviços de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada.

Sobre a origem do RAS os mesmos autores (ARRUDA *et al.*, 2015, p. 170-171) afirmam:

No Brasil, a implementação das RAS é bastante recente, mas seu conceito vem sendo trabalhado desde a reforma sanitária que culminou na construção do SUS. Na constituição Federal de 1988, o artigo 198 propõe ações integradas em saúde ao estabelecer que "as ações e serviços públicos de saúde 'integram' uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade". Na lei orgânica nº 8080, promulgada em 1990 e que estabelece o SUS, a integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços. Apesar dessa nova configuração do sistema de saúde, somente em 2010 estabelecem-se diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS. Nesse documento, as RAS são conceituadas como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão e buscam garantir a integralidade do cuidado", parecendo estar mais alinhada com a estrutura complexa que configura um sistema de saúde. As características principais propostas pelas RAS são: formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, centro de comunicação na atenção primária à saúde; centralidade nas necessidades em saúde de uma população; responsabilização na atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional;

compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. As RAS têm sido consideradas um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível. Em sistemas com essa organização, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, e de obtenção de economias de escala e escopo na composição e organização deles.

A Portaria Unificada nº 3/2017, em seu artigo 2º apresenta “diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial”, a saber:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à **promoção de autonomia e ao exercício da cidadania**;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com **estabelecimento de ações intersetoriais** para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do **cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental**, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do **uso de crack, álcool e outras drogas**, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

(destaques nossos)

As diretrizes apresentadas estão em consonância com os direitos humanos fundamentais, objetivando garantir o acesso e promover a inclusão social por meio da organização dos serviços em rede e ações intersetoriais voltadas ao cuidado das pessoas que enfrentam sofrimento mental ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas.

Essa população, frequentemente envolvida em situações como vítimas, suspeitos ou autores de delitos, recorre às unidades policiais, onde, em alguns casos, são estigmatizadas como "loucos" ou "cracudos"⁴⁵ - termos pejorativos empregados

⁴⁵ “Da segurança pública, particularmente, os segmentos marginalizados e estigmatizados via de regra têm pouco a esperar além de repressão, violência, desrespeito e violação de direitos humanos”. (...)

por alguns policiais para se referirem às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, muitas vezes resultantes do uso de crack, álcool e outras substâncias, todavia, é justamente essa parcela da população os destinatários dos serviços de saúde mental.

A Portaria de Consolidação nº 3/2017, do Ministro da Saúde, faz o detalhamento das três redes que compõem o SUS (atenção à saúde, serviço de saúde e pesquisa em saúde), sendo evidente sua importância no conhecimento do sistema de saúde. Neste momento, sem o aprofundamento em cada uma dessas, para não fugir ao objeto deste trabalho, vale destacar o que compreende cada uma delas, nos termos da referida norma administrativa, vejamos:

Art. 3º São Redes Temáticas de Atenção à Saúde:

- I - Rede Cegonha, na forma do Anexo II;
- II - Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), na forma do Anexo III;
- III - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na forma do Anexo IV;
- IV - **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**, na forma do Anexo V;
- V - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na forma do Anexo VI;

Art. 4º São Redes de Serviço de Saúde:

- I - Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, na forma do Anexo VII;
- II - Redes Estaduais de Assistência a Queimados, na forma do Anexo VIII.
- III - Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, na forma do Anexo IX;
- IV - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), na forma do Anexo X;
- V - Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM), na forma do Anexo XI;
- VI - Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RETSUS), na forma do Anexo XII;
- VII - Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do Sistema Único de Saúde (REGESUS), na forma do Anexo XIII;

“Tal como o termo *nigga* (*nigger*), que pode ser usado jocosamente entre os negros norteamericanos, mas é ofensivo quando um branco se dirige a um negro, por evocar uma longa história de preconceito e violência racial, o epíteto *cracudo* é comumente empregado como autoidentificação ou no tratamento entre os usuários da cena, mas rejeitado quando quem o profere não usa a droga, nem pertence ao espaço definido pelo seu consumo. Durante uma exibição do ‘Cinema no Beco’, por exemplo, um mototaxista que trabalhava nas redondezas disse ‘hoje tem cinema dos cracudos’ e foi prontamente repreendido por uma moradora da CCFF, que esclareceu: ‘somos cracudos lá dentro [da cena], aqui nós somos usuários’. A redução da pessoa a um estereótipo – em particular o de ‘cracudo’ – constitui forte obstáculo ao desenvolvimento psíquico e social de sujeitos já marcados por trajetórias de abuso, abandono e violência. É como se a única forma de lidar com o problema do consumo abusivo de drogas fosse congelar os usuários nessa posição, isolá-los e demonizá-los. Só que o estigma, além de causar grande sofrimento aos que o carregam, torna-se, ele mesmo, parte fundamental do problema, ao fechar portas e barrar caminhos que poderiam levar à superação da dependência”. *In* TELLES, Ana Clara (pesquisadora); SILVA, Eliana Souza Silva e LEMGRUBER, Julita (coordenadores). Meu nome não é cracudo. Boletim de Segurança e Cidadania - nº 22/2016. Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESEC). Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro: 2016, p. 19 e 22. Disponível em <<https://cesecseguranca.com.br/wp-content/uploads/2016/03/boletim22meunomenaoecracudo.pdf>> acesso em 15 de fevereiro de 2024.

VIII - Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), na forma do Anexo XIV.

IX - Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (Renaveh).

X - Rede Nacional de Vigilância, Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública do Sistema Único de Saúde (Rede VIGIAR-SUS) na forma do Anexo XXVII.

XI - Rede Nacional dos Centros de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde - Rede CIEVS, na forma do Anexo XXVIII.

Art. 5º São **Redes de Pesquisa em Saúde**:

I a V - (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.136 de 27.07.2022)

VI - Rede Nacional de Terapia Celular (RNTC), na forma do Anexo XX;

VII (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.136 de 27.07.2022)

VIII - Rede Nacional de Pesquisas em Acidente Vascular Cerebral (RNPAVC), na forma do Anexo XXII;

IX - (Revogado pela PRT GM/MS nº 3.136 de 27.07.2022)

X - Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), na forma do Anexo XXIV;

XI - Políticas Informadas por Evidências (EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK – EVIPNET), na forma do Anexo XXV.

(destaques nossos)

Conforme se vê, no artigo 3º, inciso IV, a saúde mental tem sua primeira menção, ao informar que “são Redes Temáticas de Atenção à Saúde” a “Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na forma do Anexo V”.

Assim, uma vez assentado que o SUS se organiza sob a filosofia do trabalho em rede para a prestação dos serviços de saúde, inclusive saúde mental, no próximo tópico analisaremos como as pessoas são encaminhadas à RAPS e ao CAPS. A resposta a esta indagação é fundamental para se enfrentar o problema aqui proposto: as Delegacias de Polícia podem ser portas de acesso à rede de saúde mental do SUS?

A RAPS é composta por diversos componentes, dentre os quais, para os propósitos restritos desta pesquisa, se destaca o CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). Vejamos:

Art. 5º A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: (...)

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) **Centros de Atenção Psicossocial**, nas suas diferentes modalidades.

(destaques nossos)

Neste ponto se apresenta o componente que materialmente personifica os serviços do SUS para as pessoas com deficiência intelectual e transtornos mentais, o

CAPS. A própria Portaria Unificada n. 3/2017 define, no artigo 7º, o que é o CAPS, nestes termos:

Art. 7º Os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário que compõe a Rede de Atenção Psicossocial.

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Em razão da diversidade de pessoas com transtorno e sofrimento mental, em diferentes fases da vida, com diferentes etiologias e necessidades em relação à estratégia terapêutica do sofrimento ou transtorno mental, para melhor eficiência de seus serviços, o CAPS está dividido nas seguintes modalidades, expressas no §4º, do art. 7º, da Portaria Unificada n. 3/2017, a saber:

CAPS I: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;

CAPS II: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS III: atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;

CAPS AD: atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;

CAPS AD III: atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte

e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes; e

CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.

CAPS AD IV: atende pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

(destaques nossos)

Portanto, o SUS, por meio da RAPS, que engloba o CAPS, atua em prol da saúde mental da população, desempenhando funções e ações distintas dentro da rede de serviços relacionados à saúde mental.

Neste contexto, objetivando integrar as Delegacias de Polícia ao trabalho em rede, a conexão entre as unidades policiais e a RAPS resultará em um ponto de acesso aos CAPS e, conseqüentemente, ao SUS como um todo, para pessoas com transtornos mentais e/ou deficiência intelectual que estejam relacionadas a eventos de interesse de registro policial.

É relevante registrar que a RAPS e os CAPS emergiram no contexto do chamado movimento antimanicomial, que teve início no Brasil na década de 1970 e se fortaleceu na década de 1980, com a criação da primeira lei federal voltada à garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, a Lei 10.216/2001. Esta legislação prevê a implantação de serviços comunitários de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), substituindo as internações em hospitais psiquiátricos por um modelo mais humanizado e inclusivo.

Nesse sentido, a Lei 10.216/2001 representou um marco na história da saúde mental no Brasil, estabelecendo a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos de internação forçada por serviços comunitários, como os CAPS, e reconhecendo a importância da participação da sociedade civil na formulação e no controle das políticas de saúde mental.

No capítulo seguinte, será abordada a relação entre o serviço de segurança pública e o Sistema Único de Saúde, a fim de, posteriormente, discutir a possibilidade de inserção das unidades policiais no trabalho em rede, da RAPS ao CAPS, como via

de acesso das pessoas com deficiência intelectual e transtornos mentais ao SUS, via Delegacia de Polícia.

CAPÍTULO 3. DELEGACIA DE POLÍCIA: ESTRUTURA, ORGANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO AO SUS

Após examinar aspectos concernentes às pessoas com deficiência, incluindo sua trajetória histórica assinalada por preconceitos e exclusão, bem como o surgimento de contextos que fomentaram transformações — destacando-se movimentos e períodos como o Cristianismo, o Renascimento, o Iluminismo e a Segunda Guerra Mundial —, e reconhecendo sua vulnerabilidade e o papel de destinatárias de políticas promocionais, esta análise avançou para a crescente luta pelo reconhecimento de direitos. Isso inclui a consideração de tratados internacionais de Direitos Humanos e a influência desses compromissos nas normativas internas, fundamentando-se na defesa da dignidade humana conforme delineado pela Constituição, abarcando os direitos fundamentais individuais, econômicos, sociais e culturais, além de legislações que fomentam a saúde em uma concepção ampliada. Adicionalmente, abordou-se a promoção da saúde da pessoa com deficiência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e suas iniciativas, introduzindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Chegou-se, portanto, ao momento de considerar as Delegacias de Polícia como um dos múltiplos mecanismos para fomentar a saúde das pessoas com deficiência, através de uma abordagem inclusiva promovida por um Estado acolhedor. Isso se mostra crucial especialmente para aqueles que, por diversas razões, podem não estar cientes de suas necessidades ou permanecer invisíveis às condições perante instituições públicas com agendas específicas. Tais instituições frequentemente focam no objeto em detrimento da pessoa, na parte e não no todo, no efeito em vez de na causa subjacente às necessidades ou condições desses indivíduos.

A observação empírica indica que, assim como as unidades de saúde, as Delegacias de Polícia (DP's) constituem um dos setores públicos, atuando como representantes do Estado, que mantêm suas portas abertas 24 horas por dia, sete dias por semana, oferecendo serviços de forma contínua.

Da mesma forma que ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Delegacias de Polícia são procuradas por diversos indivíduos em qualquer momento, independentemente da hora ou do dia. Esses indivíduos, muitas vezes, deveriam buscar suporte em outras instâncias, como a Advocacia, a Defensoria Pública, o Ministério Público, os Fóruns, os órgãos de Defesa do Consumidor, os serviços de

Assistência Social e, especificamente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). No entanto, por enfrentarem uma ampla gama de desafios, problemas, situações e incertezas, muitos dos quais não relacionados diretamente ao âmbito penal, recorrem às Delegacias em busca de orientação e esclarecimentos. Em outros casos, encontram-se em alguma posição dentro da dicotomia autor/vítima em contextos criminais.

Em ambas as situações, seja em contextos penais ou extrapenais, quando a deficiência intelectual e/ou transtornos mentais têm um papel central no surgimento de conflitos ou questões criminais que serão formalizadas na unidade policial, apresenta-se a oportunidade para a inclusão desses indivíduos na rede de atendimento do CAPS. Assim, as Delegacias de Polícia assumem um papel que transcende as questões criminais, atuando como um ponto de acesso aos serviços de saúde mental e apoio, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar na resolução de conflitos e no atendimento às necessidades da população.

A abordagem policial, quando limitada exclusivamente ao aspecto criminológico, revela-se insuficiente, pois concentra-se nos efeitos e nas manifestações dos problemas ou conflitos, negligenciando as causas subjacentes que levam pessoas com deficiência e/ou transtornos mentais a se encontrarem diante de uma autoridade policial. Embora a prestação de serviços de saúde não constitua o objetivo primordial das atividades policiais, o encaminhamento de indivíduos com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais aos serviços de saúde alinha-se a uma perspectiva mais holística. Tal abordagem é consistente com os princípios constitucionais que visam à promoção da dignidade humana, independentemente do papel momentâneo desempenhado pela pessoa ao ingressar na unidade policial. Esta análise subsequente visa elucidar a importância de integrar tais práticas ao *ethos* constitucional, enfatizando a necessidade de transcender a visão tradicionalmente limitada às questões criminais, para abranger um espectro mais amplo de assistência e encaminhamento.

3.1 Comunicação à autoridade policial: a saúde encaminhando à segurança pública

A intersecção inicial entre o sistema de segurança pública e o sistema de saúde manifesta-se na salvaguarda dos indivíduos vulneráveis durante o atendimento médico, por meio do mecanismo de comunicações compulsórias. Isso implica que profissionais da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentre outros, possuem a obrigação legal de reportar às autoridades policiais caso identifiquem, no decorrer do atendimento, evidências que sugiram a ocorrência de violência e/ou maus-tratos. A título de exemplo, se uma criança recebe atendimento em uma unidade de saúde e o médico responsável constata indícios ou suspeitas de agressão deliberada e/ou violência doméstica, é imperativo que tal situação seja imediatamente comunicada às autoridades competentes, a fim de que as medidas cabíveis sejam adotadas. Esta mesma exigência legal estende-se a situações que envolvem mulheres, idosos e pessoas com deficiência, reforçando a responsabilidade do setor de saúde em atuar como um elo proativo na proteção e promoção dos direitos desses grupos vulneráveis.

De maneira ampla e geral, a norma administrativa instituída no âmbito da Polícia Civil do Estado de São Paulo, a Portaria DGP 26/2023, apresenta como prerrogativa do Delegado de Polícia ser notificado pelos serviços de saúde em caso de suspeita ou confirmação de violência perpetrada contra pessoa em situação de vulnerabilidade, vejamos:

Seção II - Das prerrogativas de persecução dos Delegados de Polícia

Artigo 251 - Na titularidade da investigação criminal e para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, **os Delegados de Polícia**, dentre outras que a qualquer tempo vierem a ser impostas por lei, **possuem as prerrogativas de:**

(...)

LI - **ser notificado compulsoriamente pelos serviços de saúde públicos e privados, nos casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência**, conforme o artigo 26 da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015;

(destaques nossos)

Todavia, essa premissa institucional é extraída da interpretação sistemática do direito positivado em nosso ordenamento, neste sentido, vejamos o que diz a Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), no artigo 245:

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de **comunicar à autoridade competente** os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

(destaques nossos)

A Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, em âmbito nacional, dos casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados, assim registra essa obrigação:

Art. 1º. Constituem objeto de **notificação compulsória**, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

(...)

§ 4º Os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher referidos no caput deste artigo serão **obrigatoriamente comunicados à autoridade policial** no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos.

(destaques nossos)

Também em casos de agressão e violência contra pessoa idosa, a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências, reza:

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra pessoas idosas serão objeto de **notificação compulsória** pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

I – autoridade policial; (...)

(destaques nossos)

Por fim, casos de agressão às pessoas com deficiência, a notificação compulsória é regida pela Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), quanto à notificação compulsória, determina:

Art. 26. Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de **notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial** e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra a pessoa com deficiência qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte ou dano ou sofrimento físico ou psicológico.

(destaques nossos)

É importante observar que o art. 26 da Lei 13.146/2015 não discrimina a modalidade de deficiência do paciente, garantindo assim proteção igualitária para todas as pessoas com deficiência, independentemente de sua modalidade. O aspecto crítico ocorre em relação às pessoas não deficientes, mas que se encontram temporariamente incapacitadas de exercer sua vontade devido a transtornos mentais decorrentes de abalos psíquicos sem causa definida (estresses, disfunções hormonais e/ou fisiológicas) ou em razão do uso de drogas (lícitas e/ou ilícitas). Nestes casos, não há uma deficiência permanente que possa identificar o paciente como pessoa com deficiência e, portanto, sujeita à proteção da notificação compulsória. Entretanto, mesmo na ausência de deficiência, trata-se de uma pessoa em situação de vulnerabilidade e que a lei não contempla tal hipótese, deixando à discricionariedade dos profissionais de saúde fazer ou não a comunicação nos “casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa”.

Importante conceituar o que seria a “notificação compulsória” no sistema de saúde, distinguindo-a da “comunicação à autoridade policial”. Conforme afirma Ribeiro (2018, p. 127) “a Notificação Compulsória não é denúncia policial. O seu objetivo é subsidiar ações de prevenção e o enfrentamento da violência, bem como a implementação de políticas públicas às vítimas”. Tanto a notificação compulsória quanto a comunicação à autoridade policial são instrumentos previstos em lei, ambos feitos pela equipe de atendimento na unidade de saúde, todavia, a notificação compulsória se presta a efetivar políticas públicas, gerando dados e informações de

controle permanente sobre determinadas ocorrências à saúde e a comunicação à autoridade policial se presta a proteger potencial vítima de violência.

No sítio eletrônico do Ministério da Saúde, quanto ao tópico “Vigilância em Saúde e Ambiente”, o conceito de “notificação compulsória” está relacionado a eventos epidemiológicos e de controle de doenças. Vejamos:

A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal.

As doenças, agravo ou evento de saúde pública objeto de notificação compulsória estão elencados em Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde, que é periodicamente atualizada. A última portaria publicada neste sentido foi a Portaria GM/MS nº 217, de 1 de março de 2023, que em lista de eventos apresenta, como fundamento para a notificação compulsória, no item 53-a a “Violência doméstica e/ou outras violências” com periodicidade máxima de notificação semanal destinada ao “fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS” e, no item 53-b, a “Violência sexual e tentativa de suicídio”, com periodicidade máxima de 24 horas para notificação à Secretaria Municipal de Saúde. O objetivo da notificação compulsória é a instituição e/ou aperfeiçoamento de políticas públicas, isto é, programas e serviços prestados ao usuário.

O instrumento denominado, via de regra, como “comunicação à autoridade policial”, para casos de suspeita ou constatação de violência, se presta a dar ciência ao sistema de segurança pública para promoção de proteção a bens jurídicos de potencial vítima, certa e determinada, de violência física/sexual, maus-tratos, negligência, entre outros crimes. É uma comunicação que se projeta para fora do âmbito da saúde, adentrando no sistema de segurança pública para sua atuação concreta e direta, no caso específico objeto da comunicação.

No caso de doenças, a notificação compulsória está melhor estruturada, por formulários específicos definindo os pontos de interesse, âmbitos de competência nos sistema de saúde para controle epidemiológico. Vejamos (TEIXEIRA, 1998, p.7-28):

Notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção das medidas de intervenção pertinentes. Destina-se, em primeira instância, ao serviço local de saúde incumbido de controlar a ocorrência. Quando reunidas de forma sistematizadas, as notificações passam a compor sistemas de informações próprios, que possibilitam o acompanhamento, de forma mais ampla, das características do fenômeno estudado, quanto à sua distribuição e tendências. A notificação compulsória é feita na situação em que a norma legal obriga aos profissionais de saúde e pessoas da comunidade a comunicar a autoridade sanitária a ocorrência de doença ou agravo que estão sob vigilância epidemiológica. Historicamente, o Sistema de Informações de Doenças de Notificação Compulsória (SDNC) tem sido o principal instrumento da Vigilância Epidemiológica. (...)

A ideia transmitida ao se falar do sistema de notificação compulsória é de que com este instrumento coletam-se dados "universais" de cada doença, já que compulsória significa obrigatória, e a sua inobservância é considerada infração às normas sanitárias brasileiras, pressupondo penalidades que vão desde uma simples advertência, até multas (...)

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica compreende, além da lista das doenças de notificação compulsória, numerosos outros sistemas de informação que podem e devem ser trabalhados no sentido de melhorar a qualidade das atividades de VE em nosso país. Entre outros destacamos: o sistema do Programa Nacional de Imunizações; os sistemas dos programas de controle de endemias; o sistema de monitoramento de doenças ou agravos selecionados; o sistema sentinela para doenças emergentes; e o acompanhamento da situação de saúde em áreas sentinelas.

Entretanto, em situações de suspeita de crime, como em casos de violência, a comunicação das ocorrências às autoridades policiais frequentemente é confundida com a notificação compulsória e, quando feita às autoridades policiais é realizada de forma não padronizada e, muitas vezes, de maneira informal, com a solicitação da presença de policiais na unidade de saúde, para que sejam informados verbalmente pela própria vítima sobre o incidente, sem que isso resulte em uma comunicação formal por parte do responsável pela unidade de saúde ao sistema de segurança. Tal hesitação em formalizar a comunicação muitas vezes decorre do receio de envolvimento dos profissionais de saúde nos conflitos alheios. Neste sentido vejamos em Acosta (2017, p. 5):

A literatura tem atribuído a subnotificação da VDCM (violência doméstica contra a mulher) ao desconhecimento dos profissionais da saúde acerca de sua responsabilidade legal. A Lei n. 10.778 de 2003 estabelece que é compulsória, em todo o território nacional, a notificação dos casos de violência contra a mulher, que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Essa notificação tem caráter sigiloso e deve ser realizada tanto frente à suspeita, quanto nos casos confirmados. Para justificar o desconhecimento sobre tal competência legal, alguns argumentam que não trabalham “nessa área”, outros, que possuem pouca experiência profissional.⁹ Considerando que, frequentemente, a notificação é tomada como denúncia, pode-se pressupor que a subnotificação ocorre tanto por

conta do medo de se expor a um órgão policial, quanto de retaliação por parte do agressor.¹⁰ Tais percepções afastam o profissional do exercício dessa competência legal. São aspectos a serem refletidos, inclusive, com base nos discursos das profissionais: “nunca fomos orientadas a fazer a notificação”, “tu falas a notificação compulsória de fazer para a polícia civil?”, “nunca vi uma folha de notificação”. A notificação compulsória é, na realidade, um registro sistemático e organizado feito em formulário próprio, utilizado em casos suspeitos ou diante da comprovação de violência contra a mulher. Não é necessário conhecer o agressor para o seu preenchimento, por parte do profissional. Após, o documento é encaminhado à Vigilância Epidemiológica do município para abastecer o Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Todavia, é preciso ter familiaridade com o instrumento. Estudo evidenciou a dificuldade de 101 profissionais no preenchimento dessa ficha; sendo que 53,5% atribuíram aos entraves apresentados pela vítima, como o receio, o medo, a vergonha de responder aos questionamentos; 33,7% referiram-se às características da ficha; e 29,7% citaram constrangimento em perguntar sobre o ato violento. A capacitação reflete na visibilidade dessa forma de violência no campo da saúde, conforme evidenciado em pesquisas. Portanto, é preciso dar voz aos profissionais sobre as limitações e as necessidades advindas das práticas profissionais, a fim de problematizar questionamentos, anseios e condutas pertinentes a situações com alto grau de impacto na saúde das vítimas, e com reflexo na qualidade de vida do profissional, como a VDCM, o câncer, a aids.

Assim, pode-se afirmar que notificação compulsória visa instituir/aperfeiçoar políticas públicas, já a comunicação da violência/crime à autoridade policial, pelos profissionais de saúde, visa proteger a pessoa vulnerável em atendimento médico, que pode ser potencial vítima, sendo tarefa a ser desempenhada pela Polícia Civil, por meio de investigação criminal, determinar a materialidade e autoria dessas condutas, isto é, qual o crime, circunstâncias e motivos determinantes, bem como quem foi o agressor.

Essas normativas, que apresentam notificação compulsória e o dever de comunicar o fato à autoridade policial pelos profissionais de saúde, evidenciam que o sistema de segurança pública possui o dever constitucional de proteger os bens jurídicos fundamentais elencados pela norma penal, como a incolumidade pública, a vida e a saúde, mesmo que não seja a pedido do próprio interessado, mas de terceiros imparciais, os profissionais de saúde, que diante da vulnerabilidade apresentada, mitigam o sigilo médico-paciente em prol da defesa de valores igualmente importantes.

Nesse contexto, ao ser acionado pelo sistema de saúde mediante a comunicação à autoridade policial, o sistema de segurança pública efetiva o comando constitucional que compreende a segurança como "dever do Estado, direito e responsabilidade de todos", objetivando "a preservação da ordem pública e da

incolumidade das pessoas e do patrimônio" por meio da atuação dos órgãos policiais previstos no art. 144 da Constituição Federal de 1988, nestes termos:

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos:

I - polícia federal;

II - polícia rodoviária federal;

III - polícia ferroviária federal;

IV - polícias civis;

V - polícias militares e corpos de bombeiros militares.

VI - polícias penais federal, estaduais e distrital.

(destaques nossos)

A interação entre o sistema de saúde e o sistema de segurança pública, estabelecida por meio da comunicação à autoridade, desempenha um papel crucial na concretização do princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento basilar da Constituição Federal de 1988. Essa articulação entre os sistemas mencionados evidencia a preocupação em salvaguardar a integridade física e psicológica das pessoas em situações de vulnerabilidade, possibilitando a identificação e intervenção em casos de violência, maus-tratos e outras violações de direitos.

Dessa forma, é imprescindível enfatizar a relevância da capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde na detecção da origem dos traumas, doenças e transtornos, abordando o paciente de forma integral, não apenas como portador de um sintoma a ser tratado. Paralelamente, os profissionais de segurança pública também devem ser capacitados e sensibilizados quanto ao recebimento e tratamento das notificações oriundas do sistema de saúde, uma vez que o notificante, geralmente um profissional da área da saúde, apenas identifica sinais suspeitos de atos criminosos em relação a determinado paciente.

Portanto, é imprescindível que a investigação policial seja conduzida de maneira adequada, respeitando os princípios constitucionais, para averiguar se a notificação possui fundamentação suficiente para imputar a prática de um crime a alguém que mantém contato ou faz parte das relações do paciente, identificado como potencial vítima pelo órgão de saúde. Sendo assim, o treinamento e a conscientização desses profissionais são cruciais para o desenvolvimento de uma atuação efetiva e humanizada, que possa contribuir para a prevenção e combate à violência e outras formas de violação dos direitos humanos.

As comunicações à autoridade policial, previstas em lei, representam um procedimento que, apesar de passível de aprimoramento em termos de fluxo e capacitação dos profissionais envolvidos, já é uma realidade no cotidiano das UBS's, em casos nos quais cônjuges, pais, parentes, amigos, colegas de convivência, cuidadores e outros auxiliares levam pacientes às unidades de saúde tendo conhecimento da violência exercida contra o paciente, seja como testemunha, partícipe ou autor da conduta. Os fatos são frequentemente noticiados às autoridades policiais pelos profissionais de saúde, muitas vezes de maneira imediata, mediante solicitação da presença de policiais civis ou militares.

Contudo, é fundamental refletir sobre o caminho inverso, ou seja, se as unidades policiais, especialmente as Delegacias de Polícia, estão aptas a fazer o sentido contrário, encaminhando casos que necessitem de intervenção do sistema de saúde. Essa temática requer um aprofundamento no próximo tópico, abordando a capacidade das Delegacias de Polícia em lidar com questões relacionadas à saúde e bem-estar dos indivíduos envolvidos, assim como a integração entre os sistemas de saúde e segurança pública para garantir a efetividade na proteção dos direitos fundamentais como um todo.

3.2 Papel das Delegacias de Polícia na segurança pública

Conforme já exposto, as Delegacias de Polícia (DP) estão entre os poucos setores públicos que prestam seus serviços de maneira ininterrupta aos cidadãos, atendendo, por vezes, casos extrapenais que não se aproximam do registro e investigação criminal. As Delegacias de Polícia (DP) desempenham um papel crucial na promoção da segurança pública, sendo responsáveis pela investigação de infrações penais, preservação da ordem pública e garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos. Sua atuação é pautada pelos princípios constitucionais e pela legislação infraconstitucional, visando promover a justiça e proteger os interesses da sociedade.

Justamente por representarem a presença do Estado nos momentos de maior necessidade, quando muitos outros órgãos públicos estão fechados, as Delegacias de Polícia possuem capilaridade social para identificar e encaminhar pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais para o devido tratamento no CAPS.

Nos tópicos subsequentes, serão abordados aspectos relacionados à segurança pública, de maneira a contextualizar o serviço policial civil e as possibilidades de interação com os serviços de saúde, especialmente no que concerne aos casos de pessoas com deficiência intelectual e transtornos mentais.

3.2.1 Delegacia de Polícia

A Delegacia de Polícia (DP) é uma unidade física e centro de competências administrativas onde se materializa o serviço estatal de segurança pública prestado para o exercício das atividades de polícia judiciária e investigação das infrações penais, desenvolvido pela Polícia Civil dos Estados⁴⁶ ou pela Polícia Federal da União⁴⁷. Representando uma unidade administrativa e operacional da Polícia Civil, a Delegacia de Polícia é responsável por atender e investigar ocorrências criminais em uma determinada área geográfica. Funciona como um ponto de atendimento às forças públicas (Polícia Militar, Guarda Civil Metropolitana, Polícia Rodoviária Estadual/Federal, entre outras) e ao público em geral⁴⁸, onde são realizadas

⁴⁶ Tomando-se como ilustração a Polícia Civil do Estado de São Paulo, em sua norma de regência encontra-se o seguinte conceito: “Artigo 1º - A Polícia Civil do Estado de São Paulo tem como missão exercer as funções de polícia judiciária, administrativa e preventiva especializada enquanto instituição permanente, essencial à justiça e à segurança pública, promovendo a solução ou composição de conflitos e garantindo o bem-estar coletivo e o respeito à dignidade da pessoa humana”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

⁴⁷ No sítio eletrônico tem-se o seguinte conceito: “A Polícia Federal do Brasil (PF), ou Departamento de Polícia Federal (DPF), é uma instituição policial brasileira, subordinada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública, que, de acordo com a Constituição de 1988, exerce com exclusividade as funções de polícia judiciária da União. Atua também na segurança pública para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas, bem como dos bens e interesses da União, exercendo atividades de polícia marítima, aeroportuária e de fronteiras, repressão ao tráfico de entorpecentes, contrabando e descaminho. A sede fica situada em Brasília, no Distrito Federal, havendo unidades descentralizadas (superintendências regionais) em todas as capitais dos estados da federação, bem como delegacias e postos avançados em diversas cidades do país”. Disponível no portal GOV.BR – Governo Federal. <<https://dados.gov.br/dados/organizacoes/visualizar/policia-federal#:~:text=A%20Pol%C3%ADcia%20Federal%20do%20Brasil,de%20pol%C3%ADcia%20judici%C3%A1ria%20da%20Uni%C3%A3o.>> acesso em 24 de março de 2024.

⁴⁸ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 7º - É dever consciente do policial civil dar atendimento digno e respeitoso as pessoas envolvidas em ocorrências policiais, sem distinção de origem, raça, sexo, cor, idade, religião, orientação ou qualquer outra natureza, bem como resguardar a privacidade e a intimidade das mesmas em face da natureza ou das circunstâncias da ocorrência, dispensando-lhes, em sendo o caso, atendimento reservado. § 1º - O atendimento ao público deverá ser dotado de justiça, dando-se voz ao usuário do serviço e concedendo-se a ele a oportunidade de se expressar sobre os fatos, incrementando, assim, a confiabilidade junto à sociedade”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

denúncias, registros de boletins de ocorrência⁴⁹, investigações, prisões em flagrante⁵⁰ e inquéritos policiais. A Delegacia de Polícia também é o local de guarda de objetos⁵¹, valores⁵², veículos/aeronaves⁵³, armas de fogo⁵⁴ e instrumentos de crime, que foram apreendidos durante os trabalhos policiais e que serão liberados a quem de direito ou destruídos, conforme decisão judicial. Algumas unidades possuem carceragem⁵⁵ e,

⁴⁹ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 8º - Cabe aos servidores da Polícia Civil, nos termos desta Consolidação e em obediência a Resolução SSP-56, de 10 de maio de 1988, recepcionar e registrar a ocorrência e adotar todas as providências ao caso momentaneamente cabíveis e possíveis, ainda que os fatos noticiados não tenham, no todo ou em parte, ocorrido na circunscrição da unidade policial procurada, ou que, por essa ou outra razão legal, não seja a responsável pela realização das respectivas medidas de polícia judiciária, caso em que, após a ultimação das providências imediatas, deverão os documentos porventura elaborados, com brevidade, ser encaminhados à unidade policial com alçada para dar prosseguimento ao caso”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

⁵⁰ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 8º - Parágrafo único. Na hipótese de prisão em flagrante, respeitados os casos de atribuição em razão da matéria, deverá ser observado o disposto nos artigos 290 e 308 do Código de Processo Penal, os quais estabelecem que a autoridade competente para a lavratura do auto é a do lugar onde se efetiva a captura e não a do local do delito, e que, não havendo Delegado de Polícia no lugar em que houver ocorrido a prisão, o detido será apresentado a autoridade do lugar mais próximo, o mesmo se aplicando, por analogia, as hipóteses envolvendo a condução de pessoa contra a qual recaia mandado de prisão.”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

⁵¹ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 194 - No caso da apreensão de objeto exibido por servidor público no exercício das suas funções, o Delegado de Polícia ou seus agentes, no ato, deverão fornecer ao exibidor cópia do auto de exibição e apreensão e, em sendo o caso, o de entrega ou depósito”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

⁵² Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 197 - A guarda e depósito bancário de valores em moeda nacional corrente apreendidos em decorrência de atividades de polícia judiciária deverá observar o que disciplina a Portaria DGP-20, de 2 de junho de 2015. § 1º - Se a apreensão recair sobre moeda estrangeira ou cheques, o Delegado de Polícia deverá, de imediato, requerer ao juízo competente a intimação do Ministério Público para que postule a conversão em moeda nacional ou compensação dos cheques, após instruir o feito com cópias dos respectivos títulos, de acordo com o que preceitua o artigo 518 das Normas de Serviço da Corregedoria Geral de Justiça. § 2º - Em âmbito judicial, a rotina sobre a fiança criminal e os valores apreendidos pela Polícia segue o disposto na Seção XXIV do Capítulo IV das Normas de Serviço da Corregedoria Geral de Justiça”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

⁵³ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 204 - Aplicam-se aos veículos, embarcações, aeronaves e quaisquer outros meios de transporte, assim como maquinários, utensílios, instrumentos e objetos de qualquer natureza utilizados para a prática de crimes, todas as disposições previstas no Capítulo IV, Seção XXV das Normas de Serviço da Corregedoria Geral de Justiça”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

⁵⁴ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 202 - As armas de fogo e munições apreendidas que pertençam às Polícias Civil, Militar e Penal, Forças Armadas e Guardas Municipais serão devolvidas à respectiva instituição após a realização de perícia, exceto se determinada sua retenção até o final do processo pelo juízo competente, conforme o artigo 509, parágrafo 4º das Normas de Serviço da Corregedoria Geral de Justiça”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

⁵⁵ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 270 - É proibido, no recinto interior de cadeia ou carceragem, a qualquer pessoa, inclusive o policial, transitar ou trabalhar armado, ou nele guardar arma, bem como, transitar ou trabalhar trazendo consigo as chaves das alas ou dos portões de acesso, devendo tais artefatos serem guardados fora do recinto da mesma, nos termos da Resolução SSP-87, de 30 de dezembro de 1975”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

naquelas sem carceragem, os presos e adolescentes apreendidos⁵⁶ são encaminhados para Cadeias Públicas⁵⁷ e unidades da Fundação Casa, respectivamente, no Estado de São Paulo.

As Delegacias são comandadas por Delegados de Polícia⁵⁸, profissionais com formação jurídica e aptos a conduzir investigações criminais, instaurar inquéritos, colher provas e realizar prisões em flagrante, entre outras atividades. Além dos Delegados, elas contam com outros profissionais⁵⁹, como escrivães, investigadores e agentes, que auxiliam na realização das atividades diárias e na condução das investigações.

Neste sentido, é importante adotar uma abordagem metodológica do geral ao específico, delimitando a análise ao serviço de segurança pública prestado pela Polícia Civil do Estado de São Paulo. Nos demais estados da federação, bem como na própria polícia da União, diferentes arranjos e formas de cumprir a missão constitucional, moldados pelo costume, historicidade e possibilidades de recursos locais, podem levar a conclusões distintas daquelas propostas neste estudo. Portanto, o primeiro recorte metodológico será centrado na realidade da Polícia Civil de São Paulo.

⁵⁶ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 27 - Sem prejuízo do disposto no Título VI, Capítulo III, Seção V da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, a recepção de ocorrências envolvendo crianças e adolescentes surpreendidos em flagrante ato infracional é balizada pela Resolução SSP-72, de 29 de outubro de 1990”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

⁵⁷ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 236 - A inclusão automática e a transferência dos presos civis alocados em Delegacias de Polícia e Cadeias Públicas para os estabelecimentos prisionais da Secretaria da Administração Penitenciária segue o especificado na Resolução Conjunta SSP/SAP-2, de 18 de maio de 2023”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

⁵⁸ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo: “Artigo 4º - As funções de polícia judiciária e de apuração das infrações penais exercidas pelos Delegados de Polícia são de natureza jurídica, essenciais e exclusivas de Estado, bem como, imprescindíveis à segurança pública e à garantia dos direitos fundamentais no âmbito da investigação criminal, conforme asseguram os artigos artigo 2º da Lei nº 12.830, de 20 de junho de 2013 e 1º da Lei nº 14.735, de 23 de novembro de 2023. (alterado pela Portaria DGP-32, de 29 de novembro de 2023)”. Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023.

⁵⁹ Como ilustração tome-se o exemplo de normativa da Polícia Civil do Estado de São Paulo no qual se encontram as seguintes carreiras: Delegado de Polícia; Escrivão de Polícia; Investigador de Polícia; Agente Policial; Agente de Telecomunicações Policial; Carcereiro Policial; Papiloscopista Policial; Auxiliar Papiloscopista; Perito Criminal; Fotógrafo Técnico-Pericial; Desenhista Técnico-Pericial; Médico Legista; Auxiliar de Necropsia e Atendente Necrotério Policial. Conforme Portaria do Delegado Geral nº 26, de 30 de outubro de 2023 c/c Lei Complementar nº 207, de 05 de janeiro de 1979.

3.2.2 Polícia Civil do Estado de São Paulo

Juridicamente, a Polícia Civil do Estado de São Paulo é uma instituição que integra a estrutura da Secretaria da Segurança Pública, vinculada ao Poder Executivo e subordinada ao Governador do Estado de São Paulo. Sua função é prestar serviço de segurança pública, de caráter essencial e exclusivo⁶⁰, visando a preservação da ordem pública, da incolumidade das pessoas e de seus patrimônios. A Polícia Civil é dirigida por Delegados de carreira, incumbidos das funções de polícia judiciária, administrativa, preventiva especializada e apuração de infrações penais, ressalvada a competência da União e excetuando-se as infrações militares.⁶¹

Do ponto de vista histórico, é relevante mencionar que a Polícia Civil do Estado de São Paulo foi instituída legalmente com a promulgação da Lei nº 979, de 23 de dezembro de 1905. Essa lei estabeleceu a Polícia Civil de carreira, dirigida por um Chefe de Polícia e subordinada ao Secretário dos Negócios da Justiça.

Axiologicamente, a Polícia Civil, conforme concebida na atualidade, tem suas raízes inspiradas no valor da justiça, nascendo vinculada à pasta que expressamente carregava essa denominação. Essa gênese, de buscar a justiça em solo policial, está presente até os dias atuais, o que fica patente na doutrina do ensino policial civil ao ensinar que a investigação deve ser conduzida de maneira imparcial, não estando a serviço do órgão acusador ou da defesa, mas sim buscando a justiça, vejamos:

O inquérito policial é instrumento da mais alta relevância para a busca da verdade real e também para a garantia dos direitos fundamentais. É nele que as investigações realizadas são, legitimamente, formalizadas. Quando estabelecida a autoria e provada a materialidade, o inquérito policial fornece a justa causa para a ação penal. Além disso, pode também ser considerado a primeira oportunidade de defesa. Por meio dele, o suspeito pode demonstrar, ao delegado de polícia, valendo-se, por exemplo, da faculdade de requerer diligências (art. 14 do Código de Processo Penal), que não deve

60 Angerami e Penteadó Filho (2008, p. 173-174) classificam serviços públicos “Tendo em mira a essencialidade, a adequação, a finalidade e os destinatários dos serviços” em: públicos e de utilidade pública; próprios e impróprios do Estado; administrativos e industriais; *uti universi* e *uti singuli*”.

61 “Em razão da falta de um conceito que melhor se adequasse aos fins do presente trabalho, com base na legislação apontada por Ricardo Ambrosio Fazzani Bina (2008, p. 15-20), a saber: artigo 144, §4º e §6º, da CF/88 c/c art. 140, da CESP c/c art. 1º e art. 3º da LOP; por fim, tendo os ensinamentos de Alberto Angerami e Nestor Sampaio (2008), em obra citada na referência anterior, entendemos por bem chegar à referida fórmula que, evidente, deve ser aperfeiçoada”. In SILVA, Roberto Santos da; COSTA, Marcos Ferreira Guedes da; SANCHES, Ademir Gasques. **A carreira jurídica do delegado de polícia e seus reflexos nas atividades de polícia judiciária, à luz da lei nº 12.830, de 20 de junho de 2013**. Coleção de Artigos vencedores do I Concurso Literário de Artigos Jurídico-Científicos promovidos pela Associação dos Delegados de Polícia do Estado de São Paulo e a Academia de Polícia de São Paulo. São Paulo: ADPESP/ACADEPOL, abril de 2014.

ser indiciado, e, ao promotor de justiça e ao juiz de direito, que não há justa causa para a ação penal.⁶²

(POLÍCIA CIVIL, 2017, p. 14-15)

Ainda, no artigo institucional sobre feminicídio, no qual são traçadas as diretrizes para a investigação criminal sob a perspectiva de gênero, tem-se:

é fundamental que os agentes públicos, na investigação de um potencial feminicídio, se desprendam de qualquer preconceito com relação à vítima, lembrando que ela nunca é a culpada pelo que lhe ocorreu. Assim, não importam sua profissão, sua personalidade, sua história de vida, suas preferências ou hábitos, suas vestes ou qualquer outro elemento relacionado à sua identidade: a investigação deve ser conduzida com total isenção e imparcialidade, sem prejulgamentos e jamais revitimizando a vítima.

(POLÍCIA CIVIL, 2020, p. 9)

No manual de investigação de crimes de trânsito, a Polícia Civil ensina que:

(...) diante da hodierna perspectiva constitucional do processo penal, similar à posição do Magistrado na demanda judicial e guardadas as devidas proporções e nuances, espera-se uma postura imparcial, legalista e estritamente profissional do Delegado de Polícia na condução das investigações e nas deliberações nos atos de polícia judiciária. Nesse panorama, a Autoridade Policial deve se ater aos fatos e seus elementos e não isoladamente à pessoa do investigado, numa conjectura do Direito Penal do fato desde a fase investigativa. O Delegado de Polícia não figura como parte na perquirição criminal, ele busca a verdade atingível dos fatos apurados e, somente por via de consequência, esclarecer a autoria delitiva.

(POLÍCIA CIVIL, 2014, p. 17)

Na investigação de crimes eleitorais, dita o magistério policial:

Neste ponto, importante consignar que, em matéria de crimes eleitorais, a participação tanto da acusação quanto da defesa são admitidas na investigação criminal, com a adoção de uma postura isenta e imparcial do Delegado de Polícia presidente da apuração e da instrução penal extrajudicial.

(POLÍCIA CIVIL, 2014, p. 13)

Além da Constituição Federal de 1988 e da Constituição do Estado de São Paulo de 1989, a Lei Complementar nº 207, de 05 de janeiro de 1979, conhecida como Lei Orgânica da Polícia do Estado de São Paulo, e a Portaria do Delegado Geral nº

⁶² São Paulo (Estado). Polícia Civil. Corregedoria Geral da Polícia Civil. Cartilha de Prevenção das Infrações Funcionais. São Paulo: 2017.

26, de 30 de outubro de 2023, são as normas básicas para se compreender as atribuições da Polícia Civil do Estado de São Paulo.

3.2.3 Funções da Polícia Civil

As funções da Polícia Civil devem ser fundamentadas em valores consagrados na Constituição Federal, dentre os quais destaca-se o princípio de maior densidade constitucional: a dignidade da pessoa humana, conforme artigo 1º da Portaria DGP 26/2023, vejamos:

Artigo 1º - A Polícia Civil do Estado de São Paulo tem como missão exercer as funções de polícia judiciária, administrativa e preventiva especializada enquanto instituição permanente, essencial à justiça e à segurança pública, promovendo a solução ou composição de conflitos e garantindo o bem-estar coletivo e o **respeito à dignidade da pessoa humana**.

(destaques nossos)

É com base nesse valor que a prestação de serviços públicos, essenciais e permanentes da Polícia Civil, deve ser interpretada, planejada, executada e aprimorada. Ademais, a Constituição Federal de 1988 estabelece a divisão de funções do sistema de justiça, atribuindo a cada instituição uma esfera de competências, conforme o modelo acusatório eleito pelo constituinte originário (CAPEZ, 2021)⁶³.

A Constituição Federal apresenta as instituições e define a função de cada uma no contexto do sistema de Justiça⁶⁴, não sendo uma opção discricionária inverter a essência definida no texto constitucional para cada um desses atores.

⁶³ No modelo acusatório, adotado pelo atual Processo Penal, são instituídas repartições para executar cada fase do devido processo legal, assim, temos: o Estado-Investigador, o Estado-Acusador, o Estado-Defensor e o Estado-Juiz. Essa conclusão é resultado da constatação de que para cada órgão a Constituição Federal atribuiu competências específicas para a aplicação da lei penal, conforme CAPEZ, Fernando. Sistema acusatório e garantias do processo penal. Portal Consultor Jurídico. Publicado em 7 de outubro de 2021. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/2021-out-07/controversias-juridicas-sistema-acusatorio-garantias-processo-penal/>> acesso em 24 de março de 2024.

⁶⁴ Assim, o processo penal prevê que cada instituição desempenhe uma função específica em cada etapa do devido processo legal: o Estado-Investigador, o Estado-Acusador, o Estado-Defensor e o Estado-Juiz. Essa divisão decorre das competências atribuídas pela Constituição Federal a cada órgão, conforme ilustram os seguintes exemplos, sem a pretensão de esgotar o rol:

- Compete ao Supremo Tribunal Federal, precipuamente (...), conf. art. 102 da CF/88;
- Compete ao Superior Tribunal de Justiça (...), conf. art. 105 da CF/88;
- Compete aos Tribunais Regionais Federais (...), conf. art. 108 da CF/88;
- São funções institucionais do Ministério Público (...), conf. art. 129 da CF/88;

O Princípio da Justeza, também conhecido como Princípio da Conformidade Funcional ou da Correção Funcional, é um dos vetores hermenêuticos constitucionais que preconiza o respeito de cada órgão, instituição e função do Estado às competências expressamente previstas na Carta Magna. Desse modo, o Princípio da Justeza serve como um guia interpretativo para garantir que as atribuições e responsabilidades de cada instituição sejam respeitadas e cumpridas conforme estabelecido pela Constituição Federal. Conforme preleciona o professor Zulmar Fachin (2008, p. 135-136):

O princípio da correção funcional, da justeza ou da conformidade funcional (Canotilho) impõe um limite à atividade interpretativa da norma constitucional. O intérprete não pode, como resultado do seu trabalho, alterar a competência constitucionalmente atribuída ao órgão público. Para Friedrich Müller, 'o critério de aferição da correção funcional afirma que a instância concretizadora não pode modificar a discussão constitucionalmente normatizada das funções nem pelo modo da concretização nem pelo resultado desta'. Por mais fundamentados que sejam os seus argumentos, o intérprete está impedido, por exemplo, de atribuir à União a competência que foi atribuída em favor do Estado-membro. No direito brasileiro, a definição das competências públicas é tarefa exclusiva da Constituição Federal. Logo, em observância ao princípio da correção funcional, o intérprete não pode subverter o esquema traçado pelo constituinte.

Por sua importância para o estudo das funções constitucionais da Polícia Civil, vale o registro e um adequado aprofundamento no artigo 144 da CF/88, *in verbis*:

Art. 144. A segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio, através dos seguintes órgãos: (...)
IV - polícias civis; (...)
§ 4º Às polícias civis, dirigidas por delegados de polícia de carreira, incumbem, ressalvada a competência da União, as funções de polícia judiciária e a apuração de infrações penais, exceto as militares. (...)

-
- À Defensoria Pública (...) incumbe (...) a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, conf. art. 134 da CF/88;
 - A polícia federal, (...), destina-se a (...), conf. art. 144, §1º, da CF/88 e, por derradeiro,
 - Às polícias civis, dirigidas por delegados de polícia de carreira, incumbem (...), conf. art. 144, §4º, da CF/88.

No que se refere à Polícia Civil, conforme a Constituição Federal de 1988, compete⁶⁵ o exercício de um poder ou de um dever-poder⁶⁶, a saber, “as funções de polícia judiciária e a apuração de infrações penais”.

A própria Constituição Federal, no §4º do artigo 144, expressamente apresenta a quem compete apurar infrações penais no estado democrático de direito: “às Polícias Civis”.

A competência da apuração das infrações penais, esse dever-poder constitucional, é ilimitada? Evidentemente que não, e a própria norma constitucional apresenta seus limites, a saber: dignidade da pessoa humana, devido processo legal, ressalvada a competência da União e com exceção das infrações militares.

Assim, a Polícia Judiciária é o serviço policial que se coloca à disposição do Poder Judiciário como órgão auxiliar deste poder. O Poder Judiciário é inerte, via de regra, especialmente na área criminal. É justamente o agir de ofício ou por provocação, na atividade de apurar infrações penais e no devido processo legal, com observância da norma constitucional, supraconstitucional, infraconstitucional e infralegal, que o serviço de Polícia Judiciária (investigando, prendendo em flagrante,

⁶⁵ O uso da palavra “competência” é preferível ao definir-se as competências materiais de cada instituição ou ente federativo fundadas diretamente na CF/88. A visão processualista de que competência se refere ao exercício da jurisdição e atribuição se refere ao exercício de atividades administrativas não tem razão lógica, tome-se, por exemplo as competências dos entes federados de legislar e instituir impostos, tomemos como exemplo os municípios, que possuem competências para legislar (art. 30 da CF/88); instituir impostos (art. 156 da CF/88) e administrar (art. 23 na competência comum, art. 24 na competência concorrente e art. 30 na competência exclusiva). O poder judiciário, igualmente, tem seu campo de atribuições constitucionais, ou seja, competência, definido pela Carta Magna (art. 96 e seguintes). O que ocorreu ao longo do tempo foi a migração do termo “competência jurisdicional”, que é afeto ao Direito Processual, para outros ramos do Direito, fazendo com que equivocadas interpretações fossem desenvolvidas, posto que, se a competência é definida na Constituição é imperioso seu respeito, ao passo que atribuição, trata-se de mero conjunto de atividades, que pode ser modificado (reduzido, ampliado ou compartilhado por outros entes ou instituições) por norma infraconstitucional ou institucional, com isso, modificando a natureza projetada pela Constituição, quiçá, até fazendo-o desaparecer ou ser suplantado por outras forças. Por fim, tanto a palavra competência não tem seu uso exclusivo do poder judiciário que, no processo administrativo, é exatamente a palavra competência que lhe demarca o poder ou dever-poder.

⁶⁶ Conforme nos ensina Celso Antônio Bandeira de Melo: “Destarte, ditos poderes têm caráter meramente instrumental; são meios à falta dos quais restaria impossível, para o sujeito, desempenhar-se do dever de cumprir o interesse público, que é, a final, o próprio objetivo visado e a razão mesma pela qual foi investido nos poderes atribuídos. O que a ordem jurídica pretende, então, não é que um dado sujeito desfrute de um poder, mas que possa realizar uma certa finalidade, proposta a ele como encargo do qual tem de se desincumbir. Como, para fazê-lo, é imprescindível que desfrute de poderes, estes são outorgados sob o signo assinalado. Então, o poder, na competência, é a vicissitude de um dever. Por isto é que é necessário colocar em realce a idéia de dever – e não a de poder -, já que este último tem caráter meramente ancilar; prestante para realizar-se o fim a que se destinam as competências: satisfazer interesses (consagrados em lei) públicos, ou seja, interesses dos cidadãos considerados “enquanto conjunto”, em perspectiva coletiva, é dizer, como Sociedade”. MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Curso de direito administrativo*. 34ª ed., Malheiros. São Paulo: 2019, pp. 108-109.

representando por prisões temporária e preventiva, representando por cautelares, requisitando dados/informações, arbitrando fiança e concedendo liberdade provisória, entre outras atividades jurídicas) leva suas conclusões ao Poder Judiciário. Esse serviço, exercido pelas Polícias Cíveis, torna-se essencial na efetivação da Justiça.

Além disso, as funções de Polícia Judiciária se projetam para além da fase investigativa (extrajudicial), incidindo no curso da fase judicial da persecução, cumprindo os mandados de busca, mandados de prisão (temporária, preventiva, decorrente de condenação) e de apresentação coercitiva de pessoas. Assim, novamente, as Polícias Cíveis se mostram ao lado do Poder Judiciário, dando efetividade ao comando jurisdicional. Como mencionado: função essencial à Justiça!

No Código de Processo Penal (CPP), repetindo a “competência” da Polícia Civil e suas exceções, está expresso:

Art. 4º A polícia judiciária será exercida pelas autoridades policiais no território de suas respectivas circunscrições e terá por fim a apuração das infrações penais e da sua autoria.

E para que não fique dúvidas que até mesmo o Código de Processo Penal (CPP) se refere à “competência” ao tratar da “função de Polícia Judiciária”, exercida em regra pelas Polícias Cíveis e Polícia Federal, com as exceções expressas do texto constitucional, o parágrafo único do art. 4º expressamente afirma:

Parágrafo único. A competência definida neste artigo não excluirá a de autoridades administrativas, a quem por lei seja cometida a mesma função.

A Lei 12.830 de 2013, portanto posterior à CF/88 e ao CPP (1941), reforça em seu artigo 2º que:

Art. 2º As funções de polícia judiciária e a apuração de infrações penais exercidas pelo delegado de polícia são de natureza jurídica, essenciais e exclusivas de Estado.

Na Constituição do Estado de São Paulo, em sua atual redação após o julgamento do ADI 5.522 proposta no Supremo Tribunal Federal, encontramos as funções da Polícia Civil assim desenhadas:

Artigo 140 - À Polícia Civil, órgão permanente, dirigida por delegados de polícia de carreira, bacharéis em Direito, incumbe, ressalvada a competência da União, as funções de polícia judiciária e a apuração de infrações penais, exceto as militares.

Neste sentido foi aprovada a súmula nº1 no “I Seminário Integrado da Polícia Judiciária da União e do Estado de São Paulo: Repercussões da Lei 12.830/13 na Investigação Criminal”, realizado na Academia de Polícia “Dr Coriolano Nogueira Cobra”, em 26/09/2013, com a participação de Delegados da Polícia Civil do Estado de São Paulo e da Polícia Federal, *in verbis*:

Súmula nº 1

A expressão “polícia judiciária” designa o complexo de atividades exercidas pelas Polícias Civil e Federal, tendentes à apuração de autoria, materialidade e demais circunstâncias das infrações penais comuns, à execução do policiamento preventivo especializado e ao desempenho de funções típicas de auxílio amplo à prestação jurisdicional penal, sempre sob direção e responsabilidade do Delegado de Polícia.

A ênfase da Polícia Civil em sua missão constitucional não retira a possibilidade de atuações pontuais em áreas e situações de interesse da administração pública em setores que facilmente podem resvalar para a área criminal. Assim, ao lado da investigação criminal, surgem outros campos de atuação policial, fato que justifica a intersetorialidade e parcerias com outras instituições. Desse modo, é justificável a apresentação das atividades desenvolvidas pela Polícia Civil paulista em áreas sensíveis, além da investigativa.

3.2.4 Polícia Civil como instituição garantidora de direitos fundamentais

Conforme visto nos tópicos anteriores deste capítulo, é possível afirmar, com propriedade, que sob o aspecto de sua função constitucional, as Polícias Judiciárias - isto é, as Polícias Cíveis e Federal - no sistema de Justiça Criminal, são garantidoras de direitos fundamentais, ao resguardar bens jurídicos fundamentais para o indivíduo e coletividade. No entanto, isso não impede que sua atuação também abranja outros valores constitucionais que emergem contingencialmente na prestação de seu serviço público, como o encaminhamento de pessoas para o SUS, objetivando efetivar o direito fundamental à saúde.

As Polícias Judiciárias estão alocadas, dentro da tríplice divisão de poderes, no Poder Executivo e por isso devem agir segundo os princípios que regem a atividade da República Federativa do Brasil, que tem como fundamentos, entre outros, "a dignidade da pessoa humana" (art. 1º, inciso III, da CF/88).

Em geral, dentro da divisão de poderes (ou funções) e na competência que cabe a cada ente federativo, existem objetivos a serem perseguidos, entre eles "construir uma sociedade livre, justa e solidária" (art. 3º, inciso I, da CF/88) e "promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação" (art. 3º, inciso IV, da CF/88).

Antes de adentrar no rol de direitos e garantias fundamentais, é importante destacar que, como já foi feito, na concretização desses princípios e objetivos, a Administração Pública Policial deve obedecer "aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência" (art. 37, "caput", da CF/88).

Na Polícia Civil, esses objetivos fundamentais e princípios não devem ser compreendidos de maneira estrita, ou seja, limitados apenas ao exercício da atividade fim (investigação criminal). Ao contrário, os princípios e objetivos devem irradiar suas premissas nas atividades da Polícia Civil como um todo e, de maneira mais concreta, observando todo o rol de direitos fundamentais explícitos e implícitos presentes no próprio texto constitucional, especialmente quanto à saúde das pessoas que, envolvidas ou não com o fenômeno criminal, adentram na unidade policial.

Diversos direitos fundamentais são assegurados diretamente pela Polícia Civil no exercício de suas funções. Através de suas entidades executoras, especificamente os Delegados de Polícia, a Polícia Civil efetiva garantias como a concessão de liberdade provisória, a informação aos interrogados sobre o direito ao silêncio e a abstenção de efetuar prisões claramente inconstitucionais (por exemplo, mandados de prisão contra depositários infiéis, capturas efetuadas violando a inviolabilidade domiciliar durante o período noturno sem mandado judicial, dentre outros casos).

No entanto, existe uma vasta gama de situações em que o Delegado de Polícia, como profissional detentor de conhecimentos jurídicos, bacharel em Direito, aprovado em concurso público de provas e títulos, e integrante de um Estado Democrático de Direito que valoriza princípios como dignidade, igualdade e justiça, se depara com questões que transcendem a sua competência de aplicação imediata da lei. Nestes casos, cabe ao Delegado encaminhar ao Poder Judiciário e a outros órgãos

competentes (como unidades de saúde, instituições de ensino, órgãos de proteção ao consumidor, instituições financeiras e órgãos de classe) as situações específicas que, por uma razão ou outra, chegam ao seu conhecimento.

Para ilustrar o contexto dessas discussões, consideremos um exemplo comum: não é raro que consumidores, insatisfeitos com a inadimplência do fornecedor ou a falta da qualidade prometida após estabelecerem uma relação contratual, recorram às unidades policiais para registrar a ocorrência. Geralmente, essas situações se enquadram estritamente nas relações de consumo e, portanto, a orientação adequada seria direcionar a pessoa ao órgão de proteção ao consumidor. Em outro cenário, envolvendo a venda de veículos a prazo sem um contrato formal entre particulares, o credor, diante de uma parcela inadimplente, pode buscar a unidade policial com a intenção de registrar um boletim de ocorrência por furto ou apropriação indébita. Neste caso, a orientação correta seria buscar solução no âmbito civil.

Há outros exemplos a considerar, como os juros abusivos cobrados por instituições financeiras; corretores ou advogados que falham em entregar os serviços conforme acordado; instituições de ensino que recusam fornecer informações ou conduzir atividades pedagógicas para alunos inadimplentes.

Adicionalmente, tem-se casos envolvendo pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais que buscam o registro policial baseados em percepções subjetivas não corroboradas pela realidade, evidenciam uma desconexão cognitiva entre sua narrativa e os fatos concretos. Esses exemplos reforçam a necessidade de uma abordagem diferenciada e orientada por parte das autoridades policiais diante de situações que, primordialmente, não se enquadram no âmbito criminal, mas que demandam a necessária orientação e, em alguns casos, o encaminhamento de ofício.

Depreende-se desse conjunto de observâncias, a existência do Estado voltada para proteção das pessoas, ou seja, toda pessoa como sujeito de direitos, ainda que vítimas, testemunhas e investigados, sem distinção, merecem respeito, concretizando o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.

A atuação da Polícia Civil como garantidora de direitos fundamentais ocorre com o papel fundamental do Delegado de Polícia de carreira na gestão da instituição, desconcentrada em diversos centros de competência que atuam sob o comando hierárquico do Delegado Geral de Polícia (DGP); também na presidência de procedimentos investigativos e, por fim, na execução de atos específicos de auxílio

ao Poder Judiciário, em qualquer dos casos, sempre respeitando os princípios, objetivos fundamentais, direitos e garantias constitucionais, ainda, em observância aos diplomas internacionais de que o Brasil seja signatário, bem como à legislação criminal e processual penal aplicável no âmbito dos procedimentos afetos à atividade de Polícia Judiciária, sendo todo esse ordenamento detalhado nas emanções do Poder Normativo, pelas Portarias do Delegado Geral de Polícia, com imparcialidade, na busca da verdade atingível para aplicação da justiça na fase policial.

Com efeito, a Portaria DGP 18/1998 assim reza:

Artigo 11: As autoridades policiais e demais servidores **zelarão pela preservação dos direitos à imagem, ao nome, a privacidade e a intimidade das pessoas submetidas à investigação policial, detidas em razão a prática de infração penal ou a sua disposição na condição de vítimas**, em especial enquanto se encontrarem no recinto de repartições policiais, a fim de que a elas e a seus familiares não sejam causados prejuízos irreparáveis, decorrentes da exposição de imagem ou de divulgação liminar de circunstância objeto de apuração.

Parágrafo único - As pessoas referidas nesse artigo, após orientadas sobre seus direitos constitucionais, somente serão fotografadas, entrevistadas ou terão suas imagens por qualquer meio registradas, se expressamente o consentirem mediante manifestação explícita de vontade, por escrito por termo devidamente assinado, observando-se ainda as correlatas normas editadas pelos Juízos Corregedores da Polícia Judiciária das Comarcas.

(destaques nossos)

Em 2019, surge a nova Lei de Abuso de Autoridade (Lei n. 13.869/2019) frisando justamente o que a Polícia Civil Paulista já imprimia em seus trabalhos, *in verbis*:

Lei n. 13.869/2019, art. 28: Divulgar gravação ou trecho de gravação sem relação com a prova que se pretenda produzir, expondo a intimidade ou a vida privada ou ferindo a honra ou a imagem do investigado ou acusado:
Pena - detenção, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

Há uma recomendação expressa que orienta a prestar a devida assistência às pessoas que comparecem à Delegacia de Polícia pretendendo fazer registros que não tenham interesse policial. Os Delegados de Polícia devem registrar tais fatos ou justificar a não lavratura do registro, pois muitos desses fatos, embora não estejam diretamente relacionados à missão institucional de investigação, são importantes para o exercício da cidadania do interessado. Vejamos:

Recomendação DGP 07/2003:

Recomenda às Autoridades Policiais que, quando solicitadas, não se abstenham, injustificadamente, de registrar em boletim de ocorrência o fato narrado ou o direito declarado pelo interessado, devendo-se levar em conta a potencial utilidade desses documentos na defesa de direitos relevantes para o cidadão, ainda que consubstanciando indiferentes penais desprovidos, portanto, de interesse à investigação policial.

A Recomendação DGP 07/2003 demonstra que a PCSP, em visão abrangente, incentiva o registro em BO do “fato narrado ou o direito declarado pelo interessado”, ainda que desprovido de interesse policial, pois essa formalização tem “potencial utilidade desses documentos na defesa de direitos relevantes para o cidadão”.

Outro instrumento normativo que demonstra o olhar abrangente (para além do foco criminal) que deve guiar a atuação do Polícia Civil é a Portaria DGP nº 8, de 03 de março de 2022, que determina sejam as travestis e transexuais tratados com respeito à sua identidade de gênero e dignidade humana:

Artigo 1º. No atendimento a travestis e transexuais, todos os servidores da Polícia Civil deverão indagar a pessoa se ela deseja ser tratada pelo seu nome social ou pelo nome civil. Parágrafo único. Em havendo indicação de nome social, ele:

- a) será observado como única forma de tratamento por todos os servidores da Unidade Policial;
- b) constará de todos os registros, documentos e demais atos policiais, juntamente com o nome civil.

Artigo 2º. A busca pessoal em travestis e transexuais observará, além dos requisitos legais, o respeito à dignidade, sua condição e a segurança do Policial. Parágrafo único. A revista à mulher transexual e à travesti será realizada preferencialmente por policial feminina e a revista ao homem transexual, preferencialmente por policial masculino.

Artigo 3º. O Delegado de Polícia zelarà para que as pessoas referidas nesta Portaria sejam recolhidas em cela separada sempre que haja solicitação de quem estiver sendo preso ou houver suspeita de haver risco à sua integridade física. (...)

Artigo 9º. A Academia de Polícia (ACADEPOL) incluirá o atendimento à população LGBTQIA+ e o enfrentamento à violência de gênero nos currículos dos cursos de formação técnico-profissional e para a capacitação continuada de todos os Policiais Civis por meio dos cursos de aperfeiçoamento.

O cuidado institucional com a revitimização de crianças e adolescentes está na Portaria DGP nº 100, de 17 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os cuidados a serem observados na oitiva de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de

crimes. Essa normativa ressalta a importância de um atendimento humanizado e especializado, a fim de evitar a revitimização dessas pessoas, garantindo-lhes o respeito e a proteção adequados às suas especificidades e vulnerabilidades:

Artigo 2º. Todo Policial Civil deve resguardar a criança e o adolescente de qualquer contato, ainda que visual, com o suposto autor ou acusado ou com outra pessoa que represente ameaça, coação ou constrangimento.

Artigo 3º. Devem ser adotadas medidas apropriadas para preservar a intimidade e a privacidade da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, bem como para assegurar o sigilo do procedimento. (...)

Artigo 4º. O Delegado de Polícia, ao verificar hipótese de risco à criança ou ao adolescente, representará à Autoridade Judiciária pelas medidas de proteção cabíveis.

A Portaria DGP nº 56, de 29 de novembro de 2010, trata especificamente de normas gerais para garantia de acessibilidade e de atendimento prioritário e especial, nas unidades da Polícia Civil de São Paulo, às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, determinando que:

Art. 1º – Em todas as unidades integrantes da Polícia Civil de São Paulo **será assegurado o tratamento prioritário e especializado a pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.**

Parágrafo único – Sem prejuízo do disposto no “caput”, também gozarão de prioridade nos atendimentos de polícia judiciária **os idosos** com idade igual ou superior a sessenta anos, **as crianças, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo.**

Art. 2º - As unidades de execução territorial ou especializada da Polícia Civil **prestarão em domicílio os serviços de polícia judiciária** nos eventos em que sejam vítimas ou testemunhas as pessoas cujo deslocamento até a unidade policial civil afigurar-se penoso em razão de deficiência ou mobilidade reduzida.

Parágrafo único – Os serviços de que trata o “caput” deste artigo incluem a elaboração de boletim de ocorrência ou termo circunstanciado de ocorrência.

Art. 3º - Para os atos de polícia judiciária que, por sua natureza, não puderem ser realizados em domicílio do beneficiário, deverá ser providenciado pela Polícia Civil o **transporte da pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida**, preferencialmente em veículo especialmente adaptado a essa finalidade. (...)

Art. 4º - Os edifícios da Polícia Civil com mais de um pavimento, **desprovidos de elevador**, deverão dispor, em seu pavimento térreo ou no mais acessível, de dependência adequada onde obrigatoriamente far-se-á o atendimento a pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida.

Artigo 5º – Em área interna, ou externa imediata, destinada ao estacionamento de veículos, **em quaisquer unidades da Polícia Civil, deverá ser reservada, no mínimo, uma vaga para veículo que tenha**

como condutor ou passageiro pessoa com deficiência ou com dificuldade de locomoção.

Parágrafo único - A vaga a que se refere o “caput” deste artigo deverá estar claramente identificada por sinalização de solo e vertical, situada próxima do acesso de circulação de pedestres, com as especificações técnicas de desenho e traçado de acordo com as normas técnicas vigentes.

Art. 6º - **As futuras obras de construção**, ampliação e reforma de unidades policiais civis **deverão ser concebidas e executadas de forma a tornar as edificações acessíveis para as pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida**, devendo ser fielmente observados os balizamentos legais e técnicos incidentes, bem como as prescrições emanadas do Programa Estadual de Eliminação de Barreiras Arquitetônicas, Urbanísticas, de Transporte e de Comunicação, de que tratam o art. 52 da Lei Estadual nº 12.907/2008, o art. 1º do Decreto Estadual nº 54.293/2009, com especial atenção à:

I – reserva de vaga de estacionamento próxima do acesso de circulação de pedestres, devidamente sinalizada, para veículo que transporte pessoa com deficiência ou com dificuldade de locomoção;

II – garantia de, no mínimo, um acesso ao interior da edificação livre de barreiras arquitetônicas e de obstáculos que impeçam ou dificultem a acessibilidade;

III – dotação de instalações sanitárias acessíveis e adequadas ao uso por pessoas deficientes ou com mobilidade reduzida.

Art. 7º - **A Academia de Polícia “Dr Coriolano Nogueira Cobra”, diretamente e por seus Núcleos de Ensino do Interior, sob supervisão do Centro de Direitos Humanos e de Segurança Pública “Celso Vilhena Viera”, promoverá campanhas de capacitação, informação e educação**, dirigidas aos públicos interno e externo, com a finalidade de conscientização e sensibilização **quanto à acessibilidade e à integração social da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.**

(destaques nossos)

As normas administrativas mencionadas podem ser ampliadas, conforme a vontade política do gestor da Polícia Civil. Nesse contexto de discriminação positiva, que promove inclusão, verifica-se que pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais podem ser contempladas como sujeitos especiais de proteção em normativas internas. Essas normativas, se existentes, determinariam, além do respeito à sua vulnerabilidade, o seu encaminhamento ao CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) durante as providências iniciais na formalização de ocorrências.

A atuação como garantidora de direitos fundamentais exige a observância da cláusula geral do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana em todas as esferas do serviço público. Isso implica não apenas na aplicação das garantias processuais penais durante a fase extrajudicial, mas também em orientar, encaminhar e/ou documentar ocorrências extrapenais que possam salvaguardar direitos de significativa importância para o cidadão. Adicionalmente, essa atuação deveria englobar a

responsabilidade de notificar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sobre indivíduos que apresentam indícios de necessitar de integração ao Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando, assim, a proteção abrangente e o acesso à rede de cuidado psicossocial, o que não ocorre na atualidade por falta de fundamento normativo, já que a Polícia Civil, como órgão do Estado, deve atuar sob a legalidade estrita, como ocorre com normas que preveem procedimentos, orientações e determinações destinadas outras pessoas em situação de vulnerabilidade, conforme demonstrado nos tópicos antecedentes.

3.3 Pessoa com deficiência intelectual ou transtornos mentais na Delegacia de Polícia

No contexto da atuação das Delegacias de Polícia, é imprescindível abordar a relação entre as pessoas com deficiência intelectual ou transtornos mentais e o sistema policial, reconhecendo os múltiplos papéis que tais indivíduos podem assumir nesse cenário. Em diversas situações, essas pessoas podem ser vítimas, autores, testemunhas ou cidadãos em busca de soluções extrapenais. Cada uma dessas circunstâncias exige uma abordagem diferenciada, pautada pelo respeito aos direitos fundamentais e pela promoção da dignidade humana.

A reflexão partirá da compreensão de que muitos desses indivíduos acabam assumindo papéis relacionados à atividade policial justamente em razão de seu transtorno mental e/ou deficiência intelectual, advindo dessa variável a necessidade de promover o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, sem prejuízo das providências a serem tomadas em âmbito policial.

Importante destacar a possibilidade de existência de norma específica, no âmbito de cada instituição policial, conforme o ente federado, sobre a relação dos serviços policiais e as pessoas com deficiência. No Estado de São Paulo, pela Portaria DGP 26/2023, foi disciplinado um conjunto de orientações a serem observadas quando a prestação dos serviços policiais se relacionarem com pessoa com deficiência, entre outros vulneráveis.

Inicialmente devem os policiais diligenciarem, isto é, executar atos positivos para informar aos parentes de pessoas com deficiência, abrangendo a deficiência intelectual e o transtorno mental, o destino dado a elas após aportarem na unidade policial, vejamos:

Artigo 19 (Portaria DGP 26/23) - Quando do atendimento de ocorrências envolvendo pessoas mortas, feridas, extraviadas, com deficiência ou vítimas de mal súbito, deverão os policiais civis responsáveis pela recepção das mesmas, através dos meios materialmente disponíveis, diligenciar no sentido de comunicar o destino dado a elas aos seus familiares e/ou responsáveis, fazendo uso, em caso de necessidade, dos órgãos de telecomunicações policiais previstos no artigo 12, itens 1 a 4, da Portaria DGP-7, de 30 de março de 2021, bem como, da colaboração espontânea de outros entes públicos

Outra norma que compreende a acessibilidade, superação de barreiras e celeridade para o pleno exercício da cidadania pela pessoa com deficiência, no serviço policial, é a garantia de acessibilidade e atendimento prioritário:

Artigo 21 - É garantida a acessibilidade e o atendimento prioritário e especial às pessoas com deficiência, às pessoas com transtorno do espectro autista, às pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, às gestantes, às lactantes, às pessoas com criança de colo, às pessoas obesas, às pessoas com mobilidade reduzida e aos doadores de sangue nas unidades da Polícia Civil do Estado de São Paulo, segundo os parâmetros da Portaria DGP-56, de 29 novembro de 2010, observada a Lei nº 14.626, de 19 de julho de 2013, que alterou a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, bem como, a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.

§ 1º - O atendimento prioritário é extensível a:

I - acompanhantes ou atendentes pessoais das pessoas com prioridade; (...)

Artigo 22 - O atendimento de ocorrências que envolvam violência contra as pessoas com deficiência deverá observar o Protocolo Único de Atendimento instituído pela Resolução Conjunta SSP-SEPCD-1/18.

art. 90, § 2º - Conforme o artigo 158, parágrafo único, I e II do Código de Processo Penal, dar-se-á prioridade à realização do exame de corpo de delito quando se tratar de crime que envolva violência doméstica e familiar contra mulher e violência contra criança, adolescente, idoso ou pessoa com deficiência, devendo os Delegados de Polícia e demais policiais civis atentarem para isso nas requisições efetuadas.

No Estado de São Paulo, a Secretaria de Segurança Pública e a Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, em 2018, estabeleceram a Resolução Conjunta SSP-SEPCD-1, de 6-4-2018, prevento um conjunto de ações “institui o Protocolo Único de Atendimento a ser observado no âmbito da Secretaria de Estado da Segurança Pública nas ocorrências que envolvam violência contra as pessoas com deficiência”. A referida Resolução, embora expressamente destinada às vítimas com deficiência, pode ser utilizada como paradigma de tratamento de todos os atores com deficiência relacionados ao serviço policial civil.

Assim, especificamente em relação às pessoas com deficiência intelectual e/ou pessoas com transtorno mental, estão previstas as seguintes orientações:

Artigo 3º - **O servidor da Segurança Pública deverá prestar atendimento à pessoa com deficiência**, preferencialmente, em local reservado, respeitando suas necessidades específicas e utilizando os recursos de tecnologia assistiva disponíveis, além de observar, no que for cabível, as seguintes orientações: (...)

III –Em caso de **pessoas com deficiência intelectual ou aquelas com transtornos mentais**, elas deverão ser atendidas de forma reservada, permitindo que se expressem sem interrupções, visando a uma compreensão integral da realidade fática de suas declarações, atentando-se à coerência e evitando-se contrariar suas afirmações, ainda que pareçam incongruentes;

IV – Em caso de **pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**, o servidor deverá evitar, sempre que possível, o contato físico, devendo o atendimento ocorrer de forma conjunta com um interlocutor/acompanhante ou com um profissional habilitado; (...)

(destaques nossos)

As referidas normas devem ser observadas independentemente do papel circunstancial da pessoa com deficiência e/ou transtorno mental em relação aos serviços policiais, entretanto, sem prejuízo dessa normativa, é pertinente as particularidades de posição da pessoa com deficiência intelectual e/ou transtorno mental pode assumir quanto em contato com a atividade policial civil.

3.3.1 Enquanto vítima de infrações penais

Quando pessoas com deficiência intelectual ou transtornos mentais são vítimas⁶⁷ de infrações penais, a atuação policial deve ser especialmente cuidadosa e sensível. A compreensão das limitações cognitivas e emocionais dessas vítimas é fundamental para garantir que seu depoimento seja colhido de forma adequada, evitando a revitimização e garantindo a proteção integral de seus direitos.

⁶⁷ Vítima é quem sofreu ou foi agredido de alguma forma em virtude de uma ação delituosa, praticada por um agente. O autor observa ainda que podem ser vítimas não somente o homem, considerado de modo individual, “mas entidades coletivas como o Estado, corporações, comunidades e grupos familiares” (SUMARIVA, 2014, p. 52).

Nesse sentido, a capacitação dos agentes policiais é essencial para que possam identificar sinais de deficiência intelectual ou transtornos mentais e adotar procedimentos que respeitem a vulnerabilidade dessas vítimas.

Uma questão a ser dirimida é a da influência do transtorno mental e/ou deficiência intelectual no processo de vitimização, isto é, o quanto sua condição mental e/ou intelectual contribuiu para que seus bens jurídicos fundamentais fossem agredidos por terceiros. Neste ponto podemos recorrer à classificação de Benjamim Mendelsohn, pesquisador expoente da Vitimologia⁶⁸, que é a ciência que integra a Criminologia e estuda a vítima e o processo de vitimização, objetivando a redução de vítimas na sociedade. Conforme a classificação proposta por Mendelsohn a vítima pode ser mais ou menos responsável pelo processo de criminalização primária sofrido, assim, tem-se⁶⁹:

- vítimas ideais (completamente inocentes);
- vítimas menos culpadas que os criminosos (*exignorantia*);
- vítimas tão culpadas quanto os criminosos (dupla suicida, aborto consentido, eutanásia);
- vítimas mais culpadas que os criminosos (vítimas por provocação que dão causa ao delito);
- vítimas como únicas culpadas (vítimas agressoras, simuladas e imaginárias).

Dessa forma, Mendelsohn sintetiza a classificação em três grandes grupos:

⁶⁸ Sobre Benjamim Mendelsohn, Vitimologia e a classificação da vítima recomenda-se a leitura do artigo de João Felipe da Silva, intitulado Vitimologia e Direitos Humanos, publicado no periódico Argumenta: Journal Law/Revista Jurídica, n. 18, 2013. Disponível em <<https://core.ac.uk/download/pdf/229001474.pdf>> acesso em 31 de julho de 2024.

⁶⁹ O estudo da importância da vítima no fenômeno criminal e sua compensação/reparação pelo dano sofrido pelo crime, na perspectiva criminológica, pode ser dividido em fases ao longo da história (era de ouro, vingança privada, vingança pública, fase da neutralização da vítima). Em 1973, ocorre o primeiro simpósio de vitimologia em Jerusalém, ampliando o campo de estudo da criminologia, com a proposta de subsidiar políticas de atenção assistencial preventiva e reparadora à vítima, resultando em institutos como a Justiça Restaurativa, entre outros. Para um aprofundamento histórico e conceitual sobre a vitimologia, classificações, processos de vitimização e atual papel da vítima no ordenamento jurídico recomenda-se a leitura da pesquisa desenvolvida por Thiago Nemi Bonametti *in* Polícia Judiciária e transtorno mental: a devida atuação de agentes públicos na investigação de criminosos e na proteção das vítimas. Dissertação de Mestrado. Universidade Santa Cecília. Santos: 2023.

- **vítima inocente**, que não concorre de forma alguma para o injusto típico;
- **vítima provocadora**, que voluntária ou imprudentemente, colabora com o ânimo criminoso do agente;
- **vítima agressora**, simuladora ou imaginária, suposta ou pseudo vítima, que acaba justificando a legítima defesa de seu agressor.

A reflexão pertinente, durante ao atendimento policial, bem como ao longo de todo o procedimento investigativo, caso instaurado, é refletir se o transtorno mental ou deficiência intelectual não foi fator catalizador (iniciador) do processo de vitimização no caso concreto presente na unidade policial⁷⁰, fato este que pode denotar a necessidade de apoio adequado ou sua ausência, justificando a comunicação de encaminhamento da pessoa à unidade de saúde para que, além dos serviços policiais, tenha acesso aos serviços de saúde, ampliando-se, assim, a promoção de sua cidadania e proteção de sua dignidade.

Outra questão é não agravar os danos sofridos pela vítima, isto é, produzir novas situações de revitimização, neste ponto podemos falar em vitimização primária, secundária e terciária, bem como da novel lei Maria Ferrer.

A vítimaologia, ao analisar os processos de vitimização, apresenta a seguinte classificação:

- **vitimização primária**: ocorre no momento do delito quando a vítima sofre a conduta do criminoso;
- **vitimização secundária**: ocorre após a vitimização primária, fenômeno conhecido por “sobrevitimização” ou “vitimização institucional”, que é o dano adicional causado à vítima de crime ocorrendo quando a vítima entra em contato com o sistema, ou seja, a própria mecânica da justiça penal formal (Polícia Militar, Polícia Civil, Ministério Público e Poder Judiciário);
- **vitimização terciária**: ocorre no meio social em que vive a vítima, sendo causado pela família, grupo social e no seio do trabalho.

⁷⁰ Tome-se como exemplo o caso de Victória Nobre Fernandes, noticiado em diversos jornais eletrônicos, no qual a Síndrome de Tourette nela se manifesta pela emissão de sons, palavras e xingamentos involuntários às quais, por sua vez, provocam reações de defesa e ataque por terceiros. *In* G1 – Santos e Região. TV Tribuna. Menina com síndrome que a faz xingar sem querer implora ajuda e viraliza na web: 'Me machuca bastante'. Publicado em 8 de agosto de 2022. Disponível em < <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2022/08/08/menina-com-sindrome-que-a-faz-xingar-sem-querer-implora-ajuda-e-viraliza-na-web-me-machuca-bastante.ghtml>> acesso em 31 de julho de 2024.

Sob o enfoque da preservação da dignidade da vítima durante o procedimento processual, entrou em vigor a Lei n. 14.245, de 22 de novembro de 2021, também conhecida como Lei Mariana Ferrer, objetivando “coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da vítima e de testemunhas e para estabelecer causa de aumento de pena no crime de coação no curso do processo”. A referida lei modificou dispositivos da lei material e adjetiva criminal, dos quais destacamos os seguintes dispositivos do Código de Processo Penal:

Art. 400-A. **Na audiência de instrução e julgamento**, e, em especial, nas que apurem crimes contra a dignidade sexual, **todas as partes e demais sujeitos processuais presentes no ato deverão zelar pela integridade física e psicológica da vítima, sob pena de responsabilização civil, penal e administrativa**, cabendo ao juiz garantir o cumprimento do disposto neste artigo, vedadas:

I - a manifestação sobre circunstâncias ou elementos alheios aos fatos objeto de apuração nos autos;

II - a utilização de linguagem, de informações ou de material que ofendam a dignidade da vítima ou de testemunhas.

Art. 474-A. **Durante a instrução em plenário**, todas as partes e demais sujeitos processuais presentes no ato **deverão respeitar a dignidade da vítima, sob pena de responsabilização civil, penal e administrativa**, cabendo ao juiz presidente garantir o cumprimento do disposto neste artigo, vedadas:

I - a manifestação sobre circunstâncias ou elementos alheios aos fatos objeto de apuração nos autos;

II - a utilização de linguagem, de informações ou de material que ofendam a dignidade da vítima ou de testemunhas.”

(destaques nossos)

A Lei 9.099/95, conhecida como Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais, também sobre alteração da Lei Maria Ferrer para constar:

Art. 81, §1º. **Durante a audiência**, todas as partes e demais sujeitos processuais presentes no ato **deverão respeitar a dignidade da vítima, sob pena de responsabilização civil, penal e administrativa**, cabendo ao juiz garantir o cumprimento do disposto neste artigo, vedadas:

I - a manifestação sobre circunstâncias ou elementos alheios aos fatos objeto de apuração nos autos;

II - a utilização de linguagem, de informações ou de material que ofendam a dignidade da vítima ou de testemunhas.

(destaques nossos)

Embora o foco da Lei Mariana Ferrer sejam as audiências judiciais, sancionando com a tríplice responsabilidade a revitimização institucional, nada obsta que, em sede policial, em razão de vitimização institucional, sobrevenham situações, em tese, enquadradas na Lei de Abuso de Autoridade (Lei n. 13.869/2019)⁷¹, relação ao atendimento da pessoa com deficiência intelectual e/ou distúrbio mental na Delegacia de Polícia é importante que os agentes não agravem o dano causado pela vitimização primária e, tão pouco, deem causa para a ocorrência da vitimização terciária, permitindo que a imprensa ou terceiros, estranhos ao caso, divulguem dados e imagens que exponham a vítima a situações de nova vitimização.

No atendimento, entre as questões da responsabilidade da vítima no evento e da proteção dela durante o procedimento institucional, além das questões de cunho estritamente processuais (sua oitiva, reconhecimento de pessoa/objeto, cuidados médicos), há de ser observado se a vítima, com aparente transtorno mental e/ou deficiência intelectual encontra-se com apoio suficiente, isto é, uma pessoa ou conjunto de pessoas que lhe prestem suporte naquele momento. Uma vez constatado o binômio: (i) indícios de deficiência intelectual e/ou transtorno mental e (ii) ausência de apoio adequado, no momento do atendimento policial, por princípio de proteção da vulnerabilidade da pessoa com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais, deve ser realizada a comunicação ao CAP's via ofício ou, no caso de necessidades urgentes, quanto em aparente crise mental que coloque em risco a vítima e/ou terceiros, solicitação imediata de socorro por unidade móvel de saúde (v.g. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU⁷², pelo telefone 192).

⁷¹ Citamos como exemplo de potencial enquadramento na Lei de Abuso de Autoridade: Art. 15-A. Submeter a vítima de infração penal ou a testemunha de crimes violentos a procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que a leve a reviver, sem estrita necessidade:

I - a situação de violência; ou

II - outras situações potencialmente geradoras de sofrimento ou estigmatização:

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 1 (um) ano, e multa.

§ 1º Se o agente público permitir que terceiro intimide a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena aumentada de 2/3 (dois terços).

§ 2º Se o agente público intimidar a vítima de crimes violentos, gerando indevida revitimização, aplica-se a pena em dobro.

⁷² Para maiores informações sobre o SAMU recomenda-se o portal do Ministério da Saúde, em Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/samu-192>> acesso em 31 de julho de 2024.

3.3.2 Enquanto testemunha de infrações penais

O que se foi dito para a vítima também serve para a testemunha, entretanto, em relação à testemunha existe o dever de dizer a verdade, sob pena de estar cometendo o crime de falso testemunho⁷³, entretanto, observe-se dois pontos, em relação ao testemunho da pessoa com deficiência intelectual e/ou transtorno mental: (i) o referido crime só é cometido mediante dolo, não existindo a modalidade culposa e (ii) que o próprio Código de Processo Penal, em seu art. 208, afirma que “Não se deferirá o compromisso a que alude o art. 203 aos doentes e deficientes mentais e aos menores de 14 (quatorze) anos, nem às pessoas a que se refere o art. 206”.

A pertinência dessa observação está em se destacar que em determinadas situações de distúrbio mental e/ou deficiência intelectual a pessoa pode ter uma falsa percepção da realidade, supondo real o que de fato só existe em suas representações mentais. Caso exemplificativo é da pessoa acometida com o transtorno do espectro esquizofrênico, estes indivíduos estão sujeitos a alucinações, delírios e desorganização do pensamento, segundo a CID-11 (F-20 a F-29)⁷⁴. Nestas condições é possível que pessoa veja, escute ou sinta estímulos, pessoas e situações que objetivamente não existem, todavia, em sua percepção são reais e, caso instadas a se pronunciarem sobre isso, em depoimentos formais, poderão descrever os fatos acreditando que se trata da realidade, não estando presente o dolo e tão pouco o compromisso de dizer a verdade, esses depoimentos devem estar em harmonia com os demais elementos de prova para serem admitidos no processo penal.

Em relação à necessidade de comunicação/encaminhamento, da testemunha com deficiência intelectual e/ou transtorno mental, valem as mesmas orientações feitas à vítima.⁷⁵

⁷³ Sobre o crime de falso testemunho, presente no Código Penal:

Art. 342. Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa.

§ 1º As penas aumentam-se de um sexto a um terço, se o crime é praticado mediante suborno ou se cometido com o fim de obter prova destinada a produzir efeito em processo penal, ou em processo civil em que for parte entidade da administração pública direta ou indireta.

§ 2º O fato deixa de ser punível se, antes da sentença no processo em que ocorreu o ilícito, o agente se retrata ou declara a verdade.

⁷⁴ ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Publicado em janeiro de 2022, no site da OMS. Disponível em <<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>> acesso em 15 de abril de 2024.

⁷⁵ Conforme dito, quando discorreu-se sobre a vítima, há de ser observado se a testemunha com aparente transtorno mental e/ou deficiência intelectual encontra-se com apoio suficiente, isto é, a

3.3.3 Enquanto suspeito/autor de infrações penais

Suspeito é a pessoa sobre a qual pesam indícios de autoria de ter cometido determinado crime, ainda sob investigação na primeira fase da persecução penal, isto é, na fase da investigação policial. Autor é aquela pessoa sobre a qual existe um conjunto probatório mínimo, geralmente na prisão em flagrante, no termo circunstanciado ou ao final do inquérito policial, no qual permita ao Delegado de Polícia, em sede policial, em juízo de cognição sumária, isto é, um juízo que encerra os trabalhos policiais, declarar determinada pessoa como responsável pela conduta criminosa. Assim, em relação ao suspeito pesam apenas indícios, suspeitas, ainda não confirmadas de sua participação ou autoria criminosa. Em relação ao autor, tem-se uma certeza sumária, isto é, uma certeza precária, que carece ser confirmada na fase judicial, feita pelo Delegado de Polícia ao final do inquérito policial, no Termo Circunstanciado ou no Auto de Prisão em Flagrante Delito de que determinada pessoa é a responsável pela infração penal.

O foco neste tópico é tratar da pessoa com deficiência intelectual e/ou transtorno mental na Delegacia de Polícia, enquanto autor ou suspeito de cometer infrações penais. Momento esse que diverge da aplicação da pena, no qual a pessoa com deficiência intelectual e/ou transtorno mental pode ser reconhecida como inimputável ou semi-imputável⁷⁶ para fins de aplicação da lei penal, fato esse que ocorre por ocasião da sentença penal condenatória própria (quando aplica uma pena ao crime correspondente) ou sentença absolutória imprópria (quando reconhece a inimputabilidade e aplica, no lugar da pena, a medida de segurança)⁷⁷, nos termos

presença do binômio: (i) indícios de deficiência intelectual e/ou transtorno mental e (ii) ausência de apoio adequado, no momento do atendimento policial, por princípio de proteção da vulnerabilidade, caso em que deve ser feita a comunicação postergada (via ofício ao CAPS) ou imediata ao SAMU.

⁷⁶ **Inimputáveis**

Art. 26 - 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 ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Redução de pena

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

⁷⁷ **Imposição da medida de segurança para inimputável**

Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

dos artigos 26 e 97 do Código Penal. Esse assunto, referente à aplicação de medida de segurança e suas modalidades (internativa e ambulatorial), não diz respeito à fase policial, vez que afeta à fase judicial, no momento da sentença.

Na fase policial, especificamente diante da notícia de um crime, tendo-se efetivamente como potencial autor(a) uma pessoa com aparente deficiência intelectual e/ou transtorno mental que, ao tempo do cometimento da infração penal era “inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”, caberá ao Delegado de Polícia representar ao juiz para a realização do incidente de insanidade mental, nos termos do artigo 149, §1º, do CPP, possibilitando com isso, no futuro, possa o juiz, no momento da sentença, aquilatar a possibilidade de reconhecimento do grau de inimputabilidade do réu. Vejamos:

DA INSANIDADE MENTAL DO ACUSADO

Art. 149. **Quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará**, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, **seja este submetido a exame médico-legal.**

§ 1º **O exame poderá ser ordenado ainda na fase do inquérito, mediante representação da autoridade policial ao juiz competente.**

(destaques nossos)

Importante observar que o fato do suspeito ou autor de infração penal ser pessoa com deficiência intelectual e/ou transtorno mental e, ao tempo da conduta, ser “inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (art. 26 do CP) poderá gerar ausência de imposição de pena, razão do interesse do próprio suspeito/autor ter o direito, por si, por seus familiares ou advogado, requerer a instauração do incidente de insanidade mental ao Delegado de Polícia ou diretamente ao Juiz.

Caso o suspeito/autor, deficiente intelectual e/ou com transtorno mental, esteja preso em estabelecimento comum ou solto, poderá o Delegado de Polícia, à vista do laudo médico positivo, representar pela aplicação provisória da medida de segurança, enquanto o processo não chega ao seu termo. Essa medida de segurança provisória pode ser internativa (em estabelecimento psiquiátrico) ou ambulatorial (devendo

comparecer a equipamentos públicos com fins terapêuticos, sob pena de internação), conf. art 378 do CPP.

Assim, diferentemente do que ocorreu com a vítima e a testemunha, aos quais não existe norma expressa de seu encaminhamento para unidade de saúde, no caso do suspeito/autor, tanto durante a persecução, pela medida de segurança provisória, quanto ao final do processo, pela sentença absolutória imprópria, em ambos os casos, a pessoa poderá receber cuidados médicos em estabelecimento adequado (internado ou unidade ambulatorial).

O controle que o Estado exerce sobre o deficiente intelectual e pessoa com transtorno mental potencialmente infratores é tão intenso que, mesmo diante da prática de fato não criminal, mas perturbador da ordem, o Delegado de Polícia poderá instaurar inquérito policial e, durante ou ao fim, representar ao juiz pela aplicação de medida de segurança, ainda que verificado tratar-se de fato atípico, isto é, sem caráter criminal, previsão essa que está visivelmente em dissonância com a atual Constituição Federal, todavia, existe, vejamos:

CAPÍTULO VII

DO PROCESSO DE APLICAÇÃO DE MEDIDA DE SEGURANÇA POR FATO NÃO CRIMINOSO

Art. 549. Se a autoridade policial tiver conhecimento de fato que, embora não constituindo infração penal, possa determinar a aplicação de medida de segurança (Código Penal, arts. 14 e 27), deverá proceder a inquérito, a fim de apurá-lo e averiguar todos os elementos que possam interessar à verificação da periculosidade do agente.

(destaques nossos)

Ora, se ao suspeito/autor de infração penal o Estado defere o acesso aos serviços de saúde, ainda que num viés preventivo de sua periculosidade, muito mais deveria destinar cuidado e amparo às vítimas e testemunhas, com deficiência intelectual e/ou transtorno mental em aparente necessidade de amparo médico, por encaminhamento do Delegado de Polícia às unidades de saúde mental (CAPS).

3.3.4 Enquanto usuário buscando orientações extrapenais

Como já foi dito, constata-se empiricamente que, além das unidades básicas de saúde (UBS), as Delegacias de Polícia estão entre os poucos setores públicos,

portanto, representantes do Estado, abertos 24 horas por dia, nos 7 dias da semana, prestando seus serviços de maneira ininterrupta.

Assim como nas UBS, independentemente da hora ou do dia, é nas Delegacias de Polícia que diversos indivíduos, que deveriam buscar apoio na Advocacia, na Defensoria Pública, no Ministério Público, nos Fóruns, nos órgãos de Defesa do Consumidor, na Assistência Social e, nesse âmbito, no CAPS, recorrem. Essas pessoas enfrentam os mais variados dramas, problemas, circunstâncias e dúvidas, em grande parte extrapenais, todavia, mesmo diante de assuntos que não guardam estrita relação com a atividade policial, recorrem ao serviço policial em busca de uma primeira orientação e consulta.

Em muitos desses casos extrapenais o cidadão, equivocadamente, acredita que o registro de um boletim de ocorrência poderá “preservar-lhe direitos”.

A Polícia Civil do Estado de São Paulo tem regramento específico, determinando que a realização de registro de boletim de ocorrência, em casos extrapenais, fica sob o critério exclusivo do Delegado de Polícia, sem prejuízo da obrigatória orientação ao cidadão, independentemente da lavratura do BO, vejamos:

Portaria DGP 26/2023

Artigo 11 - O registro de fato não delituoso dotado de relevância jurídica, **fica ao fundado juízo do Delegado de Polícia, a quem, privativamente, cabe discernir sobre a pertinência ou não da confecção de boletim de ocorrência sobre o caso**, sem prejuízo da orientação específica que, por ele ou servidor designado, deverá ser dada ao cidadão.

(destaques nossos)

Ocorre que não é incomum, nas dependências da Delegacia de Polícia, justamente por estar de portas abertas para atender e orientar a população em geral, aportarem pessoas com histórias desconexas da realidade, com acontecimentos fantasiosos e nitidamente fruto de surto, distúrbio ou problemas de ordem mental. Nestes casos a recomendação é a negativa da lavratura do registro de ocorrência, vejamos:

Portaria DGP 26/2023

Artigo 10 - Ocorrências inverossímeis ou desprovidas de qualquer relevância jurídica não deverão ser registradas e aquelas com relevância não poderão conter termos jocosos, atécnicos ou impropriedades vernaculares, exceto se imprescindíveis à narrativa ou à demonstração do fato.

(destaques nossos)

Ocorre que, é justamente nestas situações que são identificadas pessoas com transtornos mentais e que, a despeito da negativa e/ou orientação para que procure o serviço de saúde pública, seria de todo o proveitoso que houvesse a comunicação, formal, do Delegado de Polícia ao CAPS, para que este, em sua atividade de busca ativa, verificasse se a pessoa em questão está amparada pelos serviços de saúde e, não estando, fossem tomadas providencias para sua adesão de maneira voluntária. De todo modo, na hipótese de comunicação do Delegado de Polícia ao CAPS e, em sendo constatado que a pessoa já está sendo acompanhada pelos profissionais de saúde, a referida comunicação seria proveitosa no sentido de se constituir em informação idônea para que a equipe médica pudesse aferir a eficácia ou necessidade de alteração na abordagem terapêutica.

Esse encaminhamento está, de certo modo, escorado no art. 4º da Resolução Conjunta SSP-SEPCP-1, de 6 de abril de 2018, vejamos:

Artigo 4º - A Polícia Civil, ao atender a ocorrência envolvendo pessoa com deficiência, deverá:
(...)
III – encaminhar a vítima à rede mais próxima de proteção social, quando pertinente (Anexo 2);⁷⁸

Com esse apanhado, podemos sintetizar as possibilidades de encaminhamentos da Delegacia de Polícia ao CAPS de pessoas com deficiência intelectual e transtorno mental quando em contato com os serviços policiais.

⁷⁸ O anexo 2, indica como referência de rede proteção social o CRAS, nos seguintes termos: “CRAS - Centro de Referência da Assistência Social, de base municipal e territorial, onde são desenvolvidos serviços, programas, projetos e ações que, articulados com a rede local, garantem a proteção social básica”. Vide, SÃO PAULO (Estado). Anexo 2 da Resolução Conjunta SSP-SEPCP-1, de 6 de abril de 2018. Disponível em <
https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=%2f2018%2fexecutivo%2520secao%2520i%2fabril%2f07%2fpag_0040_8LPN5M7VBENVTeARJ1P3P2CB84K.pdf&pagina=40&data=07/04/2018&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100040> acesso em 31 de julho de 2024.

3.4 Comunicação policial: a segurança pública encaminhando ao SUS

Como mencionado anteriormente, a Lei Complementar nº 207, de 05 de janeiro de 1979, conhecida como Lei Orgânica da Polícia do Estado de São Paulo, é a legislação básica para se compreender as atribuições da Polícia Civil do Estado de São Paulo. Nela, constam como deveres de todo policial civil o cumprimento das normas legais (produzidas pelo Poder Legislativo) e regulamentares (produzidas pela Administração Pública Policial, em seu poder normativo). Além disso, inclui-se também o encaminhamento do solicitante, quando adentra a repartição policial pretendendo um serviço que não seja da atribuição da Polícia Civil, o dever de encaminhamento do solicitante aos setores, órgãos e instituições que possam prestar informações/serviços no âmbito de sua atuação. Vejamos:

Artigo 62 - São deveres do policial civil:

(...)

III - cumprir as normas legais e regulamentares;

(...)

VII - prestar informações corretas ou encaminhar o solicitante a quem possa prestá-las;

Ora, se o cumprimento das normas legais e administrativas é um dever, observar as disposições constitucionais, que estão no ápice da hierarquia das normas, se torna ainda mais importante. Ao prestar informações corretas ou encaminhar o solicitante a quem possa prestá-las, está o dever de encaminhar pessoas que chegam à repartição policial com casos extrapenais, situados em outros campos e áreas do conhecimento, mesmo que conexas com a temática da criminalidade, como ocorre com questões de saúde. Portanto, nos deveres do policial civil, já encontramos um ponto de apoio hermenêutico a favor do encaminhamento de pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais para o devido tratamento nos CAPS. O artigo 63, em seus incisos, reforça essa compreensão:

Artigo 63 - São transgressões disciplinares:

(...)

XXXVII - dificultar ou deixar de encaminhar expediente à autoridade competente, se não estiver na sua alçada resolvê-lo;

A Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022, conhecida como Lei Henry Borel, que cria mecanismos para a prevenção e enfrentamento da violência doméstica e familiar

contra crianças e adolescentes, no capítulo III, que trata "DO ATENDIMENTO PELA AUTORIDADE POLICIAL", estabelece expressamente que o Delegado de Polícia deve providenciar o encaminhamento da criança e adolescente à unidade de saúde. Isso está consignado em um rol de providências, colocando a saúde como a primeira delas. Vejamos:

Art. 13. No atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência doméstica e familiar, a autoridade policial deverá, entre outras providências:
I - **encaminhar a vítima ao Sistema Único de Saúde** e ao Instituto Médico-Legal imediatamente;

(destaques nossos)

A Lei Henry Borel, portanto, constitui-se como a primeira lei, em sentido estrito, ou seja, produzida pelo parlamento, que contém expressamente a obrigação do Delegado de Polícia de encaminhar crianças e adolescentes ao SUS. Essa providência independe da vontade do sujeito de direitos e deve ser avaliada pelo Delegado de Polícia conforme a necessidade. Notemos o advérbio: imediatamente. O legislador não deu margem para negligenciar a saúde da criança e do adolescente, considerando sua vulnerabilidade. A mesma razão deve ser aplicada no caso de pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais.

A Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, em seu Capítulo II, prevê diretrizes de assistência à mulher em situação de violência, estabelece expressamente a prestação articulada de serviços de assistência, saúde e segurança pública:

Art. 8º A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher **far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de ações não-governamentais**, tendo por diretrizes: (...)

VI - a **celebração de convênios, protocolos, ajustes, termos ou outros instrumentos de promoção de parceria entre órgãos governamentais ou entre estes e entidades não-governamentais**, tendo por objetivo a implementação de programas de erradicação da violência doméstica e familiar contra a mulher;

VII - a **capacitação permanente das Polícias Civil e Militar, da Guarda Municipal, do Corpo de Bombeiros** e dos profissionais pertencentes aos órgãos e às áreas enunciados no inciso I quanto às questões de gênero e de raça ou etnia; (...)

Art. 9º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar **será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema**

Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.

(grifos nossos)

Fica patente a necessidade de uma ação conjunta, com trânsito de informações entre as áreas envolvidas, uma vez que a mulher em situação de violência pode recorrer a qualquer uma dessas portas (assistência social, saúde e segurança) para restabelecer sua dignidade, entretanto, a escolha da mulher por uma dessas portas não exclui a obrigação de encaminhamento da escolhida para outras, articulando todo o sistema de proteção. Tanto é assim que os serviços de saúde públicos ou privados, conforme previsto na Lei nº 10.778/2003, encaminham a paciente com sinais de ter sofrido violência para a segurança pública:

Art. 1º. Constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

Mas, o Delegado de Polícia, conforme Lei 11.340/06, quando do atendimento da mulher em situação de violência doméstica, em verificando a necessidade, deve encaminhar a vítima para uma unidade de saúde:

Art. 11. **No atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar, a autoridade policial deverá**, entre outras providências: (...)
II - **encaminhar a ofendida ao hospital ou posto de saúde** e ao Instituto Médico Legal;

(destaques nossos)

Dessa forma, em relação à mulher vítima de violência doméstica e familiar, o diálogo entre saúde e segurança pública é satisfatório, pois uma área interage com a outra, realizando encaminhamentos mútuos.

Especificamente relacionado à pessoa com deficiência, englobando nesta população a pessoa com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais, é importante ter em mente ditames da Lei n. 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência ou Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência):

Art. 5º **A pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência**, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante.

Parágrafo único. Para os fins da proteção mencionada no caput deste artigo, são considerados especialmente vulneráveis a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, com deficiência.

Art. 7º **É dever de todos comunicar à autoridade competente** qualquer forma de ameaça ou de violação aos direitos da pessoa com deficiência.

Art. 8º **É dever do Estado**, da sociedade e da família **assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde**, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico.

(destaques nossos)

Ora, no atendimento à pessoa com deficiência intelectual e/ou transtorno mental, na Delegacia de Polícia, sem prejuízo das providências policiais, deve o policial civil, pelo Delegado de Polícia, proteger a pessoa com deficiência de eventual negligência dos serviços de saúde (art. 6 da Lei n. 13.146/2015), comunicando aos profissionais de saúde psicossocial (CAPS) a existência de pessoa com indícios de deficiência intelectual e/ou transtorno mental aparentemente sem o devido apoio dos serviços de saúde, como autoridade competente para as ações psicossociais de saúde (art.. 7º da Lei n. 13.146/2015), como imperativo de norma que coloca o dever do Estado, representado por seus agentes, a prioridade na efetivação do direito à saúde (art.. 8º da Lei n. 13.146/2015).

A comunicação da Polícia Civil ao CAPS, sobre pessoa com indícios de deficiência intelectual e/ou transtorno mental em aparente situação de ausência de acompanhamento especializado, encontra amparo, no Estado de São Paulo, em normas do poder executivo, tais como a que originou a criação da Delegacia de Polícia da Pessoa com Deficiência pelo Decreto estadual nº 60.028/2014, que estabeleceu o trabalho intersetorial com outras entidades, visando à promoção da pessoa com deficiência, vejamos:

Artigo 2º - A 1ª Delegacia de Polícia da Pessoa com Deficiência tem por atribuições, na área da Capital:

I - o exercício dos atos concernentes à polícia judiciária, concorrentemente com as demais unidades policiais civis;

II - a execução dos serviços de prevenção e repressão aos crimes praticados contra a Pessoa com Deficiência;

III - o recebimento, a concentração e a difusão de dados e denúncias sobre crimes e atos de violência contra a Pessoa com Deficiência;

IV - a prestação de consultoria e apoio técnico aos demais órgãos de polícia do Estado de São Paulo em casos envolvendo Pessoas com Deficiência;

V - o desenvolvimento, em conjunto com a Academia de Polícia "Dr. Coriolano Nogueira Cobra" - ACADEPOL, do treinamento e da formação permanente de policiais civis para atendimento nas demais unidades policiais.

Parágrafo único - A 1ª Delegacia de Polícia da Pessoa com Deficiência poderá propor ao Delegado Geral de Polícia, pela via hierárquica, a celebração de convênios com entidades públicas e particulares que se destinem ao atendimento, promoção e defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

(grifos nossos)

O referido decreto já nasceu sob o signo da multidisciplinaridade, pois conta com equipe de apoio composta por profissionais da saúde, trabalhando em conjunto com policiais, vejamos:

Artigo 3º - Para execução das atribuições previstas no artigo 2º deste decreto, a 1ª Delegacia de Polícia da Pessoa com Deficiência conta com um **Centro de Serviços de Apoio composto de equipe multidisciplinar**, que não se caracterizam como unidades administrativas.

Parágrafo único - **As atribuições dos profissionais integrantes da equipe multidisciplinar serão delimitadas por meio de resolução conjunta** entre as Secretarias de Estado da Segurança Pública e dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

(grifos nossos)

Em 2018 nova normativa acrescentou diretrizes no atendimento de pessoa com deficiência, trata-se da Resolução Conjunta SSP-SEPCD-1, de 6-4-2018, preventivo um conjunto de ações "institui o Protocolo Único de Atendimento a ser observado no âmbito da Secretaria de Estado da Segurança Pública nas ocorrências que envolvam violência contra as pessoas com deficiência". Nela o parágrafo segundo, do artigo 3º, apresenta de maneira expressa situação de encaminhamento de pessoa com deficiência intelectual e/ou transtorno mental para a unidade de saúde, quando esteja colocando em risco a si mesma e a terceiros, não tendo êxito o contato com familiares, neste caso a norma apresenta a solicitação de apoio de profissionais da rede de

assistência psicossocial. Se deflui da norma que a situação deve estar em momento de crise, para que essa comunicação ocorra.

Art. 3º - O servidor da Segurança Pública deverá prestar atendimento à pessoa com deficiência, preferencialmente, em local reservado, respeitando suas necessidades específicas e utilizando os recursos de tecnologia assistiva disponíveis, além de observar, no que for cabível, as seguintes orientações: (...)

§1º - A pessoa com deficiência **deverá ser informada dos serviços públicos disponíveis na rede de assistência psicossocial** da sua região.

§2º - No caso de **pessoa com aparente transtorno mental ou em surto** e que esteja colocando em risco a si mesma ou a outros, o servidor deverá, sempre que possível, buscar o contato com familiares ou responsáveis e, **na impossibilidade, solicitar apoio de profissionais da rede de assistência psicossocial.**

(destaques nossos)

No artigo 4º da referida Resolução Conjunta também há previsão geral de encaminhamento da pessoa com deficiência à rede de proteção, o que pode ser compreendida, no caso das pessoas com deficiência intelectual e/ou transtorno mental, como o CAPS, vejamos:

Artigo 4º - A Polícia Civil, ao atender a ocorrência envolvendo pessoa com deficiência, deverá:
(...)
III – encaminhar a vítima à rede mais próxima de proteção social, quando pertinente (Anexo 2);⁷⁹

Neste sentido, em que pese a rede de proteção ser identificado como o CRAS, no caso de pessoas com deficiência intelectual/transtorno mental seu encaminhamento, por ofício, ao CAPS, diminuindo a tramitação de informação entre os equipamentos públicos, privilegiando a especialidade do órgão e diminuindo as

⁷⁹ O anexo 2, indica como referência de rede proteção social o CRAS, nos seguintes termos: “CRAS - Centro de Referência da Assistência Social, de base municipal e territorial, onde são desenvolvidos serviços, programas, projetos e ações que, articulados com a rede local, garantem a proteção social básica”. Vide, SÃO PAULO (Estado). Anexo 2 da Resolução Conjunta SSP-SEPCP-1, de 6 de abril de 2018. Disponível em <
https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=%2f2018%2fexecutivo%2520secao%2520i%2fabril%2f07%2fpag_0040_8LPN5M7VBENVTeARJ1P3P2CB84K.pdf&pagina=40&data=07/04/2018&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100040> acesso em 31 de julho de 2024.

chances de solução de continuidade por dispersão da informação no aparato burocrático estatal.

Constituindo-se este o aparato normativo, legal e administrativo, que contempla possibilidades de encaminhamento da pessoa com deficiência e/ou transtorno mental, da unidade policial, para a área da saúde mental (CAPS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta da presente pesquisa foi situar as Delegacias de Polícia como promotoras da dignidade das pessoas com deficiência intelectual e transtornos mentais, oferecendo acessibilidade aos serviços de saúde mental. Isso se justifica, conforme demonstrado, pelo fato de essas pessoas chegarem às Delegacias de Polícia sob diversos papéis: ora como vítimas, testemunhas, suspeitos ou autores de crimes e, inclusive, como cidadãos em busca de orientações para questões extrapenais.

O objetivo geral, de contribuir para a compreensão do papel das Delegacias de Polícia na promoção da dignidade da pessoa humana, para além de suas funções criminais, no atendimento às pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais, no que tange ao direito à saúde mental, foi alcançado. Conforme visto, as unidades policiais recebem das unidades de saúde potenciais vítimas de maus-tratos e violência, como mulheres em situação de violência doméstica, pessoas com deficiência, crianças, adolescentes e idosos, conforme previsto expressamente em diplomas legais. A pesquisa, entretanto, abordou o caminho inverso: o encaminhamento de pessoas com deficiência intelectual e transtornos mentais, que eventualmente aportem na unidade policial, para a unidade de saúde mental, representada pelo CAPS.

A busca desses dados e a produção de conhecimento harmonizaram-se com os objetivos específicos, que envolvem a identificação dos principais conceitos, normas e/ou teorias jurídicas, sociais, criminológicas, administrativas, constitucionais e filosóficas, capazes de descrever, sistematizar e caracterizar serviços e atividades públicas de segurança e saúde voltadas para a pessoa com deficiência intelectual ou transtornos mentais. Nesse sentido, foi possível identificar os principais conceitos que envolvem a população com deficiência, e, desse grande grupo, destacar os manuais de referência médica (AAIDD, CID-11 e DSM-5) na árdua tarefa de distinguir a deficiência intelectual do transtorno mental. Constatou-se que o diagnóstico é complexo e multidisciplinar, cabendo aos profissionais de saúde essa distinção. Para os servidores da Polícia Civil, no encaminhamento ao CAPS, é suficiente a observância de duas situações concomitantes na pessoa a ser encaminhada: (i) a

aparente presença de deficiência intelectual e/ou transtorno mental e (ii) a condição de aparente necessidade dos serviços de saúde mental.

A reflexão sobre os serviços e atividades públicas de segurança e saúde, especialmente de saúde mental, com suas normas, regramentos e objetivos, também foi realizada, evidenciando que ambas as áreas — segurança pública e saúde — buscam promover, em termos gerais e com suas especificidades, a dignidade da pessoa humana. No âmbito da segurança pública, o foco foi compreender a dinâmica, estrutura e normatização das Delegacias de Polícia, tomando como referência a Polícia Civil do Estado de São Paulo. No campo da saúde, o estudo centrou-se nas modalidades de acesso à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Por fim, após uma análise crítica sobre a trajetória histórica da pessoa com deficiência e seu progressivo reconhecimento como sujeito de direitos, tanto no Brasil quanto no mundo, apresentou-se uma proposta de aperfeiçoamento das atuais possibilidades de encaminhamento.

Dessa forma, com base na pesquisa realizada, é possível afirmar que há uma carência de dispositivos normativos (legais e administrativos) que expressem de maneira clara o encaminhamento de pessoas — via notificação ou comunicação — da Delegacia de Polícia, ou seja, da segurança pública, para a área de saúde mental. Todavia, isso não significa que não exista o dever de encaminhar pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais para as unidades de saúde, permitindo que os profissionais da área possam realizar a busca ativa, o convite e outras formas voluntárias de ingresso do indivíduo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Há um contexto internacional e interno que fomenta a integração dos serviços para a promoção e garantia do direito à saúde mental, incluindo normas legais relacionadas ao infrator, como medidas de segurança, e normas administrativas no Estado de São Paulo, que preveem o encaminhamento de pessoas com deficiência mental, transtornos e surtos para a rede de proteção e assistência.

No entanto, para assegurar maior proteção aos direitos fundamentais das pessoas com deficiência intelectual e/ou transtornos mentais, o Estado precisa estabelecer um comando legal claro que facilite esses encaminhamentos pelas unidades policiais. Além disso, é necessário incluir de forma expressa as unidades policiais na rede de atendimento, criando, a partir disso, um protocolo de

encaminhamentos, tanto durante o dia quanto à noite e em feriados, garantindo que as pessoas atendidas pelas delegacias, que necessitam de acesso aos serviços de saúde, tenham sua dignidade e direito à igualdade efetivamente assegurados.

Diante das considerações apresentadas ao longo desta dissertação, é evidente que o sistema de segurança pública, representado pelas Delegacias de Polícia, tem um papel crucial na promoção da dignidade das pessoas com deficiência intelectual e transtornos mentais. Contudo, o caminho para uma verdadeira integração entre a segurança pública e os serviços de saúde mental ainda carece de um aprimoramento normativo mais robusto e claro. A criação de protocolos e diretrizes que incluam expressamente as unidades policiais na rede de atenção psicossocial é essencial para garantir a efetividade dos encaminhamentos e a proteção dos direitos fundamentais dessas pessoas. Ao mesmo tempo, é necessário sensibilizar e capacitar os profissionais da segurança pública para que compreendam e promovam o acesso dessas populações vulneráveis aos serviços de saúde mental, minimizando barreiras e assegurando que o direito à saúde, enquanto dimensão inalienável da dignidade humana, seja plenamente garantido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[AAIDD] AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. “Twenty Questions and Answers Regarding the 12th Edition of the AAIDD Manual” (Vinte perguntas e respostas sobre a 12ª edição do Manual AAIDD). Disponível no sítio eletrônico <https://www.aaid.org/docs/default-source/intellectualdisability/12th-ed-twenty-questions-faq.pdf?sfvrsn=a6403421_8> acesso em 17 de maio de 2024.

ACOSTA, Daniele Ferreira et al. Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 26, p. e6770015, 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/tce/a/DM6Cwh66FZBsYz4xfvCtspm/?format=pdf&lang=pt>> acesso em 28 de fevereiro de 2024.

ANGERAMI, Alberto; PENTEADO FILHO, Nestor Sampaio. *Direito administrativo sistematizado*. Editora Método. São Paulo: 2008.

AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 1833-1840, João Pessoa: 2012. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/5WwxrJ3K4VChb3QYkqVjGFp/?format=pdf&lang=pt>> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

AMARAL, Fábio Costa do. *O ensino de Matemática: uma abordagem do MDC com alunos surdos*. Dissertação (Mestrado Profissional em Matemática) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Matemática, Araias: 2019.

ARANHA, Maria Salete Fábio. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. *Revista do Ministério Público do Trabalho*, Ano XI, no. 21, março, 2001, pp. 160-173. Disponível em <<https://claudialopes.psc.br/wp-content/uploads/2021/08/Paradigmas.pdf>>. Acesso em 13 de setembro de 2023.

ARAUJO, Luiz Alberto David. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. 3ª ed. rev., ampl. e atual. Brasília: Corde, 1997.

ARRUDA, Cecilia et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. Escola Anna Nery, v. 19, p. 169-173, Rio de Janeiro: 2015. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ean/a/RGjRnvjbyMstF7VF6wtr7LD/?format=html&lang=pt>> acesso em 15 de fevereiro de 2024.

AUTISMO E REALIDADE (ONG - portal). Mãe de menino com autismo, dá nome à lei histórica que estabelece TEA como deficiência. Publicado em 30 de março de 2020. São Paulo: 2020. Disponível em <<https://autismoerealidade.org.br/2020/03/30/berenice-piana-um-marco-nos-direitos-dos-autistas/>> acesso em 29 de julho de 2024. Acesso em 29 de julho de 2024.

AZEVEDO, Aleksandro Peixoto de; KOEHLER, Carlos Benevenuto Guisard. Eugenia na Alemanha nazista: o racismo como política de estado. Revista Scientiarum Historia, v. 1, p. 8, 16 jun. 2021. Disponível em <<http://bibcegos.nce.ufrj.br/~revistas/index.php/RevistaSH/article/view/281>>. Acesso em 22 de outubro de 2023.

BARBOSA-FOHRMANN, Ana Paula. Os modelos médico e social de deficiência a partir dos significados de segregação e inclusão nos discursos de Michel Foucault e de Martha Nussbaum. REI - Revista Estudos Institucionais, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 736–755, 2017. DOI: 10.21783/rei.v2i2.76. Disponível em <<http://estudos.homologacao.emnuvens.com.br/REI/article/view/76>>. Acesso em 24 de agosto de 2023.

BARBOSA, Rui. Oração aos moços. Edição popular anotada por Adriano da Gama Kury. – 5. ed. – Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1997. Disponível em <https://www.migalhas.com.br/arquivos/2021/3/67EAF6D4D04FB_Oracao-aos-Mocos.pdf> Acesso em 20 de novembro de 2023.

BARSALINI, Glauco; CARVALHO, Ricardo Geraldo de. Entre o político e o sagrado: o homo sacer contemporâneo. *Interações*, v. 12, n. 21, p. 10-28, 2 ago. 2017. Disponível em <<https://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/14151>>. Acesso em 22 de setembro de 2023.

BÍBLIA SAGRADA ONLINE (site). Disponível em <https://www.bibliaon.com/versiculo/genesis_1_26-28/> acesso em 02 de agosto de 2024.

BONAMETTI, Thiago Nemi. Polícia Judiciária e transtorno mental: a devida atuação de agentes públicos na investigação de criminosos e na proteção das vítimas. Dissertação de Mestrado. Universidade Santa Cecília. Santos: 2023. Disponível em <https://unisanta.br/arquivos/mestrado/direito/dissertacoes/Dissertacao_THIAGONE MIBONAMETTI571.pdf> acesso em 18 de setembro de 2024.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 4.918/19. Estabelece direitos e garantir às pessoas com transtornos mentais, incluindo-as no rol das pessoas com deficiência. Distrito Federal: Brasília. Disponível em <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1804419&filename=Tramitacao-PL%204918/2019> acesso em 29 de julho de 2024.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto Legislativo nº 6, de 14 de fevereiro de 1948. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/1940-1949/decretolegislativo-6-14-fevereiro-1948-364765-publicacaooriginal-1-pl.html>> acesso em 08 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Congresso Nacional. Decreto Legislativo n. 186, de 2008. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm> acesso em 02 de agosto de 2024.

BRASIL. Congresso Nacional. Diário do Congresso Nacional (Seção I), ano XLIV, n. 127, p. 10697 (p.31 do pdf). Distrito Federal: Brasília. Disponível em <

<https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>> acesso em 29 de julho de 2024.

BRASIL (1º República). Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Em 24 de fevereiro de 1891. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm> acesso em 02 de agosto de 2024.~

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. Em 16 de julho de 1934. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm?TSPD_101_R0=f164e65bd3b8aafbe0962d25f59edd87h610000000000000009c1a15c9ffff0005b1e984d0090e03690](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm?TSPD_101_R0=f164e65bd3b8aafbe0962d25f59edd87h610000000000000009c1a15c9ffff0000000000000000000000000000000000000005b1e984d0090e03690)> acesso em 02 de agosto de 2024.

BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil. Em 10 de novembro de 1937. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm> acesso em 02 de agosto de 2024.

BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil. Em 18 de setembro de 1946. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao46.htm> acesso em 02 de agosto de 2024

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Em 17 de outubro de 1967. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm> acesso em 02 de agosto de 2024.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Assembleia Nacional Constituinte, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 20 de novembro de 2023.

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> acesso em 02 de agosto de 2024.

BRASIL. Decreto-Lei n. 3.689, de 03 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Disponível em < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm> acesso em 02 de agosto de 2024.

BRASIL. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). O Brasil indígena. Dados demográficos de 2010. Disponível em <https://indigenas.ibge.gov.br/images/pdf/indigenas/folder_indigenas_web.pdf>. Acesso em 05 de outubro de 2023.

BRASIL (Império). Lei n. 3.353, de 13 de maio de 1888 (Lei Aurea). Declara extinta a escravidão no Brasil. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim3353.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%203.353%2C%20DE%2013,Art.> acesso em 02 de agosto de 2024.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília, DF: 1989. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm> acesso em 8 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: 1990. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069compilado.htm> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: 1990. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: 1991. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm> acesso em 8 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas com deficiência. Brasília, DF: 1995. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8989compilado.htm> acesso em 8 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995, que dispõe os juizados especiais cíveis e criminais. Brasília, DF: 1995. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9099.htm> acesso em 8 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que estabelece prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília, DF: 2000. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Brasília, DF: 2000. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm?origin=instituicao> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: 2001. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> acesso em fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Brasília, DF: 2002. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: 2003. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741compilado.htm> acesso em fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: 2003. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm> acesso em fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: 2006. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm> acesso em fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: 2012. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm> acesso em julho de 2024.

BRASIL. Lei nº 12.830, de 20 de junho de 2013. Dispõe sobre a investigação criminal conduzida pelo delegado de polícia. Brasília, DF: 2013. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12830.htm> acesso em fevereiro de 2024.

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). Brasília, DF: 2015. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 13.835, de 4 de julho de 2019, modificou a Lei n. 10.098/2000 (Lei de Acessibilidade) foi modificada para assegurar às pessoas com deficiência visual o direito de receber cartões de crédito e de movimentação de contas bancárias com as informações vertidas em caracteres de identificação tátil em braile. Brasília, DF: 2019. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13835.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.835%2C%20DE%20%20DE%20JUNHO%20DE%202019&text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%2010.098,de%20identifica%C3%A7%C3%A3o%20t%C3%A1til%20em%20braile.>> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 13.869, 5 de setembro de 2019, institui os crimes de abuso de autoridade. Brasília, DF: 2019. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13869.htm> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei n. 14.245, de 22 de novembro de 2021 (Lei Mariana Ferrer), objetivando “coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da vítima e de testemunhas e para estabelecer causa de aumento de pena no crime de coação no curso do processo”. Brasília, DF: 2021. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14245.htm> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022, altera a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, cria mecanismos para a prevenção e o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente, nos termos do § 8º do art. 226 e do § 4º do art. 227 da Constituição Federal e das disposições específicas previstas em tratados, convenções ou acordos internacionais de que o Brasil seja parte. Brasília, DF: 2022. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14344.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.344%2C%20DE%2024%20DE%20MAIO%20DE%202022&text=Cria%20mecanismos%20para%20a%20preven%C3%A7%C3%A3o,do%20%C2%A7%204%C2%BA%20do%20art.> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 14.364, de 1 de junho de 2022, altera a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, para garantir direitos aos acompanhantes das pessoas com prioridade de atendimento, nas condições que especifica. Brasília, DF: 2022. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14364.htm> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Lei nº 14.626, de 19 de julho de 2023, altera a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, para garantir atendimento prioritário as pessoas transtorno do espectro autista ou com mobilidade reduzida e a doadores de sangue. Brasília, DF: 2022. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14626.htm> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html>
acesso em 13 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%203.088%2C%20DE%202023,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%203.088%2C%20DE%202023,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).>)> acesso em 13 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023. Dispõe sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, entre outros assuntos. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0217_02_03_2023.html> acesso em 28 de fevereiro de 2024.> acesso em 28 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192>> acesso em 31 de julho de 2024.

BRASIL. Polícia Federal. Portal GOV.BR – Governo Federal. Brasília: 2024. Disponível em <<https://dados.gov.br/dados/organizacoes/visualizar/policia-federal#:~:text=A%20Pol%C3%ADcia%20Federal%20do%20Brasil,de%20pol%C3%ADcia%20judici%C3%A1ria%20da%20Uni%C3%A3o.>>> acesso em 24 de março de 2024.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 26.042, de 17 de dezembro de 1948. Brasília, DF: 1948. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-26042-17-dezembro-1948-455751-publicacaooriginal-1-pe.html>> acesso em 08 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF: 1999. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%203.298%2C%20DE%20,prote%C3%A7%C3%A3o%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: 2004. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: 2009. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm> acesso em 08 de fevereiro de 2024.

BRASIL. República dos Estados Unidos do Brasil. Decreto Presidencial n. 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>> acesso em 02 de agosto de 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) nº 5.522 - São Paulo. Brasília, DF: 2022. Disponível em <<https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=759478649>> acesso em 24 de março de 2024.

BRUNO, Marilda Moraes Garcia e SOUZA, Vânia Pereira da Silva. Crianças indígenas Kaiowá e Guarani: um estudo sobre as representações sociais da deficiência. R. Educ. Públ. [online]. 2014, vol.23, n.53, pp.425-440. Disponível em <<http://educa.fcc.org.br/pdf/repub/v23n53/v23n53a10.pdf>>. Acesso em 06 de outubro de 2023.

BURATTO, Lúcia Gouvêa. Prevenção de deficiência: programa de formação para professores Kaingang na Terra Indígena Ivaí-Paraná. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos: 2010. Disponível em <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/2864/2992.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 18 de outubro de 2023.

CABRAL FILHO, Adilson Vaz; FERREIRA, Gildete. Movimentos Sociais e o Protagonismo das Pessoas com Deficiência. Revista SER Social. Volume 15, n. 32, p. 93-116, jan./jun. 2013. Brasília: 2013. Disponível em <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13036>. Acesso em 19 de outubro de 2023.

CAMPOS, Mariana Fernandes; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Interface-Comunicação, Saúde, Educação 19 (2015): 207-210. São Paulo: 2015. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/icse/a/fYrgn9vrBQcMddbSrwStqfm/?format=pdf&lang=pt>> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

CAPEZ, Fernando. Sistema acusatório e garantias do processo penal. Portal Consultor Jurídico. Publicado em 7 de outubro de 2021. Disponível em <<https://www.conjur.com.br/2021-out-07/controversias-juridicas-sistema-acusatorio-garantias-processo-penal/>> acesso em 24 de março de 2024.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. A saúde como direito social fundamental na Constituição Federal de 1988. Revista de direito Sanitário, v. 4, n. 2, p. 15-31, 2003.

Disponível em <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181/84812>> acesso em 8 de fevereiro de 2024.

CHAMMA JUNIOR, Osmair. A inconstitucionalidade do parágrafo único do artigo 5º da Lei 11.340/06, em face do tratamento diferenciado entre as uniões homoafetivas masculinas e femininas. Revista Paradigma, [S. l.], v. 1, n. 19, 2011. Disponível em <<https://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/69>> Acesso em 20 de novembro de 2023.

COLIN, Denise; JACCOUD, Luciana. Assistência Social e Construção do SUAS - balanço e perspectivas: O percurso da Assistência Social como política de direitos e a trajetória necessária. Coletânea de Artigos Comemorativos dos 20 Anos da Lei Orgânica de Assistência Social/Organizadores: José Ferreira da Cruz...[et al]. - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – 1ª ed. – Brasília: MDS, 2013.

CORREIA, Marcus Orione Gonçalves. Os direitos sociais enquanto direitos fundamentais. Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, [S. l.], v. 99, p. 305-325, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67627>. Acesso em: 8 fev. 2024.

CORRENT, Nikolas. Da antiguidade a contemporaneidade: a deficiência e suas concepções. Revista Científica Semana Acadêmica. Fortaleza, ano MMXVI, n. 000089, 2016. Disponível em <https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/nikolas_corrent_educacao_especial.pdf>. Acesso em 06 de setembro de 2023.

DAKUZAKU, Regina Yoneko. Mudanças Tecnológicas e Organizacionais e a inserção da Pessoa com Deficiência no Mercado de Trabalho. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, [S. l.], v. 5, n. 1, 2010. Disponível em <<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/289>>. Acesso em 22 de setembro de 2023.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4701-4706, 2011. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n12/4701-4706/pt>> acesso em 30 de julho de 2024.

DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista Seqüência (Florianópolis)*, n. 77, p. 197-220, nov. 2017, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/seq/a/ZWCmZY7Mby855yPqRVzcwYD/?lang=pt#>>. Acesso em 15 de setembro de 2023.

DEVERA, Disete; ROSA, Abílio da Costa. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 6, n. 1, p. 20-20, 2007. Disponível em <<file:///C:/Users/T-GAMER/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/LOP-nova/breves-comentarios-LONPC/39-Texto%20do%20artigo-78-1-10-20220329.pdf>> acesso em 30 de julho de 2024.

FACHIN, Zulmar. *Curso de Direito Constitucional. – 3ª ed., Método – São Paulo: 2008.*

FERREIRA, Maria Beatriz Rocha. *Educação, diversidade e fronteiras da in/exclusão.* Marilda Moraes Garcia Bruno e Renato Suttana, organizadores. Editora da UFGD, Dourados: 2012.

FIGUEIREDO SILVA, . T. M.; ALVES, . M. A influência do estado neoliberal no sistema de saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde. *Biológicas & Saúde*, [S. l.], v. 1, n. 1, 2011. DOI: 10.25242/8868112011511. Disponível em: https://www.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/511. Acesso em: 17 set. 2024.

FRANÇA, Tiago Henrique. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. *Lutas Sociais*, [S. l.], v. 17, n. 31, p. 59–73, 2013. DOI:

10.23925/ls.v17i31.25723. Disponível em:
<<https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/25723>>. Acesso em: 24 de agosto
2023.

FREITAS, Patrícia Martins de; et al. Deficiência Intelectual e o transtorno do espectro
autista: fatores genéticos e neurocognitivos. *Pedagogia em Ação*, v. 8, n. 2, p. 1-11,
2016. Disponível em
<[https://biocienciasims.ufba.br/sites/biocienciasims.ufba.br/files/deficiencia_intelectu
al_e_o_transtorno_do_espectro_autista_fatores_geneticos_e_neurocognitivos.pdf](https://biocienciasims.ufba.br/sites/biocienciasims.ufba.br/files/deficiencia_intelectu
al_e_o_transtorno_do_espectro_autista_fatores_geneticos_e_neurocognitivos.pdf)>
acesso em 01 de outubro de 2024.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. 7^o. ed., trad. José Teixeira
Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GAEDE NETO, Rodolfo. Diaconia e cuidado nos primeiros séculos do cristianismo.
Revista Estudos Teológicos. Faculdades EST, São Leopoldo:2015. Disponível em
<http://ism.edu.br/periodicos/index.php/estudos_teologicos/article/view/2615/2408>.
Acesso em 12 de setembro de 2023.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. Problematizando o conceito de deficiência a
partir das noções de autonomia e normalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p.
3061-3070, 2016.

G1 – Santos e Região. TV Tribuna. Menina com síndrome que a faz xingar sem querer
implora ajuda e viraliza na web: 'Me machuca bastante'. Publicado em 8 de agosto de
2022. Disponível em <[https://g1.globo.com/sp/santos-
regiao/noticia/2022/08/08/menina-com-sindrome-que-a-faz-xingar-sem-querer-
implora-ajuda-e-viraliza-na-web-me-machuca-bastante.ghtml](https://g1.globo.com/sp/santos-
regiao/noticia/2022/08/08/menina-com-sindrome-que-a-faz-xingar-sem-querer-
implora-ajuda-e-viraliza-na-web-me-machuca-bastante.ghtml)> acesso em 31 de julho
de 2024.

HUGO, Vitor. *O corcunda de Notre Dame*. Clássicos Zahar. Tradução de Jorge Bastos
Cruz. Editora Zahar. Rio de Janeiro: 2013.

HUGO, Vitor. O corcunda de Notre-Dame. Coleção Aventuras Grandiosas. Adaptação de Isabel Vieira. Editora Rideel. São Paulo: 2010.

YAZBEK, Maria Carmelita. A pobreza e as formas históricas de seu enfrentamento. Revista de Políticas Públicas, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 217–228, 2005. Disponível em <<http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3775>>. Acesso em 20 de setembro de 2023.

LAMAS, Suellen Alice. "Nada sobre nós, sem nós": o debate sobre acessibilidade no contexto do desenvolvimento do turismo em bases sustentáveis em destinos costeiros. Tese de doutorado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Natal: 2021. Disponível em <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/46670>>. Acesso em 22 de setembro de 2023.

LANZA, André Luiz. De braços para a lavoura a proprietários rurais?: imigrantes e o acesso à terra em São Paulo, 1886-1920. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8137/tde-01072021-182813/publico/2021_AndreLuizLanza_VCorr.pdf> acesso em 02 de agosto de 2024.

LEMOS, Mariana de Castro. A relação entre a evolução no conceito de saúde e a ampliação da atuação fonoaudiológica no Brasil. Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Campinas: 2020. Disponível em <https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/bitstream/handle/123456789/14626/ccv_fonoaudiologia_tcc_lemos.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso em 16 de setembro de 2024.

LOPES, Ismael Alves. A aplicação da medida de segurança de internação aos portadores de transtornos mentais: um estudo da (re)adequação da medida de segurança diante das novas políticas de saúde mental. Programa de Mestrado. Universidade Santa Cecília. Santos: 2023. Disponível em

<https://unisanta.br/arquivos/mestrado/direito/dissertacoes/Dissertacao_ISMAELALVESLOPES582.pdf> acesso em 18 de setembro de 2024.

LOUREIRO, Sílvia Maria da Silveira. O desmonte silencioso do modelo aberto de proteção dos direitos e garantias fundamentais. Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos, n. 6, p. 197-210, 2005. Disponível em <<https://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/90>> acesso em 8 de fevereiro de 2024.

[DSM-5] MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. American Psychiatric Association [APA]. Maria Inês Corrêa Nascimento et al. (tradutores) – 5. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em <<https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>> acesso em 17 de maio de 2024.

MELATTI, Julio Cezar. População indígena. Série Antropologia. Brasília: 2004. Disponível em <<https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/A4D00014.pdf>>. Acesso em 05 de outubro de 2023.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de direito administrativo. 34^o ed., Malheiros. São Paulo: 2019.

MENDONÇA, Ana Abadia dos Santos. Platão e as crianças com deficiência. Práticas Educativas, Memórias e Oralidades - Rev. Pemo, [S. l.], v. 2, n. 3, p. e233849, 2020. DOI: 10.47149/pemo.v2i3.3849. Disponível em: <<https://revistas.uece.br/index.php/revpemo/article/view/3849>>. Acesso em 24 de agosto de 2023.

MIGUELLETO, Danielle Costa Reis. Organizações em rede. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo: 2001. Disponível em <<https://repositorio.fgv.br/server/api/core/bitstreams/6459c589-def1-43cb-918f-fc7deccfedc2/content>> acesso em 13 de fevereiro de 2024.

MOISES, Ronaldo Rodrigues; STOCKMANN, Daniel. A pessoa com deficiência no curso da história: aspectos sociais, culturais e políticos. *History of Education in Latin America - HistELA*, [S. l.], v. 3, p. e20780, 2020. Disponível em <<https://periodicos.ufrn.br/histela/article/view/20780/12873>>. Acesso em 06 de setembro de 2023.

MORI, Nerli Nonato Ribeiro. O Corcunda De Notre-Dame: grotesco, sublime e deficiência na Idade média”. *Revista HISTEDBR On-Line*. Campinas: 2012. Disponível em <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639588/7157>>. Acesso em 13 de setembro de 2023.

NISHIYAMA, Adolfo Mamoru. *Proteção jurídica das pessoas com deficiência nas relações de consumo*. Curitiba: Juruá, 2016.

[OEA] ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência (Convenção da Guatemala)*. Em 28 de maio de 1999. Disponível em <<https://iparadigma.org.br/biblioteca/gestao-publica-convencao-da-guatemala-de-1999-convencao-interamericana/>> acesso em 02 de agosto de 2024.

OLIVEIRA, Elói Maia de. Tomás de Aquino acerca dos atributos divinos. *Revistas Eletrônicas FILOGENESE*, vol. 8. Universidade Estadual Paulista – UNESP. Marília: 2015. Disponível em <https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/3_eloimaia.pdf>. Acesso em 11 de maio de 2023.

OLIVEIRA JÚNIOR, Sérgio Moreira de. *As curas de Jesus e a medicina: contribuições à teologia da cura divina*. Faculdade EST. São Leopoldo: 2021. Disponível em <<http://dspace.est.edu.br:8080/xmlui/handle/BR-SIFE/1086>>. Acesso em 10 de setembro de 2023.

[OIT] ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Portal da OIT Brasília. História da OIT. Disponível em <https://abres.org.br/wp-content/uploads/2019/11/convencao_n_159_sobre_reabilitacao_profissional_e_empr ego_de_pessoas_deficientes_de_1_6_1983.pdf>. Acesso em 22 de setembro de 2023.

[OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

[OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças (CID), edição nº 11, Publicado em janeiro de 2022, no site da OMS. Disponível em <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en> acesso em 15 de abril de 2024.

[OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Brasília, DF: 1946. Disponível em <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf> acesso em 08 de fevereiro de 2024.

[OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Caracas. Publicado em 14 de novembro de 1990. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf> acesso em 02 de agosto de 2024.

[ONU] ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. RESOLUÇÃO 46/49 - PRINCÍPIOS PARA A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental. Assembleia Geral em 17 de dezembro de 1991.

[ONU] ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Ano Internacional das Pessoas Deficientes. Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1976. Disponível em <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002911.pdf>> acesso em 02 de agosto de 2024.

[ONU] ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes. Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de março de 1982. Disponível em <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002911.pdf>> acesso em 02 de agosto de 2024.

[ONU] ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução 46/49 - Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental. Assembleia Geral em 17 de dezembro de 1991. Disponível em <<https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/11>> acesso em 30 de julho de 2024.

[ONU] ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, de 30 de março de 2007. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em 20 de novembro de 2023.

[ONU] ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração de Direitos do Deficiente Mental. Resolução n. A/8429, aprovada pela Assembléia Geral, em 22 de dezembro de 1971. Disponível em: <https://abres.org.br/wp-content/uploads/2019/11/declaracao_dos_direitos_de_pessoas_com_deficiencia_mental_de_22_12_1971.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2023.

[OPAS] ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Editoria da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo: 2008. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111&isAllowed=y> acesso em 02 de agosto de 2024.

[OMPI] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA PROPRIEDADE INTELECTUAL. Tratado de Marraqueche para Facilitar o Acesso a Obras Publicadas às Pessoas Cegas, com Deficiência Visual ou com Outras Dificuldades para ter Acesso ao Texto Impresso, estruturado em Marraqueche, em 28 de junho de 2013. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9522.htm> acesso em 02 de agosto de 2024.

PEREIRA, Márcio. A História da Pessoa com Deficiência. Ciências Gerenciais em Foco, [S. l.], v. 8, n. 5, 2018. Disponível em <<https://revista.uemg.br/index.php/cgf/article/view/3149>>. Acesso em 22 de setembro 2023.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01). Rio de Janeiro: 2004, p. 81. Disponível em <<https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/pereirarc.pdf>> acesso em 30 de julho de 2024.

PESSOTTI, I. Deficiência mental: da superstição à ciência. EDUC/ TAQ. São Paulo: 1984.

PICCOLO, Gustavo Martins; MENDES, Enicéia Gonçalves. Contribuições a um pensar sociológico sobre a deficiência. Revista da Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, Brazil. Revisão & Síntese, Educ. Soc. 34 (123), Jun 2013. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/es/a/qGCqpQ4xNn3fkNQ48DZrxZj/?lang=pt>>. Acesso em 24 de agosto de 2023.

PICCOLO, Gustavo Martins; MENDES, Enicéia Gonçalves. Nas pegadas da história: tracejando relações entre deficiência e sociedade. Revista Educação Especial, vol. 25, núm. 42, enero-abril, 2012, pp. 29-41. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria: 2012.

PIMENTA, Paula Ramos. Autismo: déficit cognitivo ou posição do sujeito?. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte:

2003. Disponível em <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-96TKC6/1/disserta__opaulapimenta2003.pdf> acesso em 01 de outubro de 2024.

PIOVESAN, Flávia. Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos. Cadernos de Pesquisa, v. 35, n. 124, p. 43-55, jan./abr. 2005. São Paulo: PUC. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/cp/a/3bz9Ddq8YpxP87fXnhMZcJS/?format=pdf&lang=pt>> acesso em 20 de novembro de 2023.

PIOVESAN, Flávia. Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência: inovações, alcance e impacto. in: Manual dos direitos da pessoa com deficiência. Obra coletiva, coordena por Carolina Valença Ferraz "et al", Capítulo 2. São Paulo: Saraiva, 2017.

REIS, Leonardo Naves dos et al. Atendimento a um portador de transtornos mentais em uma delegacia de polícia: um relato de caso. Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics, v. 1, p. 40-51, 2013 Tradução . . Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/262765340_Atendimento_a_um_portador_de_transtornos_mentais_em_uma_Delegacia_de_Policia_um_relato_de_caso> acesso em 18 fevereiro 2024.

RIBEIRO, Rivelino Ubirajara Pontes; DA SILVA, André Luis. Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais?. Revista LEVS, v. 21, n. 21, p. 164-164, 2018. Disponível em <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/levs/article/view/7928>> acesso em 28 de fevereiro de 2024.

ROCHA, Rosalia Carolina Kappel. A eficácia dos direitos sociais e a reserva do possível. Revista Virtual da AGU, Brasília, ano, v. 5, 2005. Disponível em <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54247056/Eficacia_Dos_Direitos_Sociais_E_A_Reserva_Do_Possivel-libre.pdf?1503696643=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DANO_IV_No_8_SET_DEZ_2005.pdf&Expires=1722634129&Signature=Ylp7BI08fvyn~ynV2ln7IDBPM91KfRINhAnPSHFY0x2IZZtWK>

jWL8n~XCXpITrO~MzVSdyL5zASNiQY0WCuAgP-
0PwaRdUVpDQEY15axQTYclpfXSpNNd1CJr7g0TQQS38M7yDjnZ4WBA59UVUSG
a9R0r83Bvg05iYDV~qneF5sY5Jp4B78i2SsTSqDOTaZGHfDItIDmQI867~GGYo3FEI
hJkTXsbeqKxqC9C045aFZQ4YMFNtIREU5E9UYJ4x0CjglHju7Nia8LAlaCwzEylBqW
olt9fgrOTIDJRIw85Z3y3Om8VaVtnh3LmL-
2eGPQbdFAZn8H2Op6l2GssFjNMw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA>
acesso em 02 de agosto de 2024.

RODRIGUES, José Eduardo. Teologia e Direitos Humanos: a pessoa com deficiência e as inclusões Políticas Sociais na Igreja Católica. Revista eletrônica RevEleTeo da PUC-SP, publicado no V 14, Nº 26, p.128-147, Jul/Dez 2020. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/reveleteo/article/view/50623/34240>>. Acesso em 12 de setembro de 2023.

ROSA, Enio Rodrigues da; DUTRA, Martinha Clarete. Pessoas cegas: trabalho, história, educação e organização no Brasil. VII Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas: História, Sociedade e Educação no Brasil. Campinas: 2006. Disponível em <https://www5.unioeste.br/portalunioeste/arquivos/proex/pee/trab_his_edu_e_org_no_bras.pdf>. Acesso em 14 de setembro de 2023.

ROSA, Sueli Marques. A justiça divina e o mito da deficiência física. Revista ESTUDOS, vol. 34, jan/fe.2007. Universidade Católica de Goiás (UCG). Goiânia: 2007. Disponível em <<https://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/303/244>>. Acesso em 11 de setembro de 2023.

SÁ JUNIOR, Luis Salvador de Miranda. Desconstruindo a definição de saúde. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM), jul./ago./set. 2004, p. 16.

SANTANA, Ana Paula; BERGAMO, Alexandre. cultura e identidade surdas: encruzilhada de lutas sociais e teóricas. Rev. Educação e Sociedade, vol. 26,

n. 91, p. 565-582, maio/ago de 2005. Campinas: 2005. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 11 de setembro de 2023.

SÃO PAULO (Estado). Constituição do Estado de São Paulo, de 05 de outubro de 1989. São Paulo: 1989. Disponível em <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/constituicao/1989/compilacao-constituicao-0-05.10.1989.html>> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 60.028, de 3 de janeiro de 2014. São Paulo: 2014. Disponível em <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2014/decreto-60028-03.01.2014.html#:~:text=Decreta%3A,classificada%20como%20de%201%C2%AA%20Classe.>> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº 207, de 05 de janeiro de 1979. São Paulo: 1979. Disponível em <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1979/lei.complementar-207-05.01.1979.html>> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 13.296, de 23 de dezembro de 2008, que estabelece o tratamento tributário do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA. São Paulo: 2008. Disponível em <<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2008/lei-13296-23.12.2008.html>> acesso em 9 de fevereiro de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Academia de Polícia “Dr.Coriolano Nogueira Cobra”. Manual Prático de Apuração do Crime de “Embriaguez ao Volante” – Atualizado com a Lei nº 12.971/2014. São Paulo: 2014.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Academia de Polícia “Dr.Coriolano Nogueira Cobra”. Manual Prático de Polícia Judiciária Eleitoral. São Paulo: 2014.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Academia de Polícia “Dr. Coriolano Nogueira Cobra”. O feminicídio e a investigação sob a perspectiva de gênero. São Paulo: 2020.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Academia de Polícia “Dr. Coriolano Nogueira Cobra”. I Seminário Integrado a Polícia Judiciária da União e do Estado de São Paulo: Repercussões da Lei 12.830/13 na Investigação Criminal. São Paulo: 2013. Disponível em <https://www.policiacivil.sp.gov.br/portal/ShowProperty?nodeId=/dipolContent/UCM_067176//idcPrimaryFile&> acesso em 24 de março de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Corregedoria Geral da Polícia Civil. Cartilha de Prevenção das Infrações Funcionais. São Paulo: 2017.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Portaria do Delegado Geral nº 18, de 25 de novembro de 1998. São Paulo: 1998. Disponível em <https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=/1998/executivo%2520secao%2520i/novembro/27/pag_0003_767ALR6CMDFKAeD6PJQKLRQ5F5U.pdf&pagina=3&data=27/11/1998&caderno=Executivo+I&paginaordenacao=10003> acesso em 24 de março de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Portaria do Delegado Geral nº 56, de 29 de novembro de 2010. São Paulo: 2010. Disponível em <https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=/2010/executivo%2520secao%2520i/novembro/30/pag_0012_AKJSTG80UNAP3eAI7NLB8J30Q9V.pdf&pagina=12&data=30/11/2010&caderno=Executivo+I&paginaordenacao=100012> acesso em 24 de março de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Portaria do Delegado Geral nº 100, de 17 de dezembro de 2019. São Paulo: 2019. Disponível em <https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=%2f2019%2fexecutivo%2520secao%2520i%2fdezembro%2f19%2fpag_0013_8df656861d4dbe53d4a38cc2072d13f8.pdf&pagina=13&data=19/12/2019&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100013> acesso em 24 de março de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Portaria do Delegado Geral nº 08, de 03 de março de 2022. São Paulo: 2022. Disponível em <https://www.imprensaoficial.com.br/DO/BuscaDO2001Documento_11_4.aspx?link=%2f2022%2fexecutivo+secao+i%2fmarco%2f04%2fpag_0012_6d7cf3d4c4aae98b91def3573ed6225a.pdf&pagina=12&data=04/03/2022&caderno=Executivo%20I&paginaordenacao=100012https://goo.gl/hr8fdp> acesso em 24 de março de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Portaria DGP-26, de 30 de outubro de 2023. Consolidação das Normas de Serviço da Polícia Judiciária. Disponível em <https://www.policiaocivil.sp.gov.br/portal/ShowProperty?nodeId=/dipolContent/UCM_069278//idcPrimaryFile&> acesso em 02 de agosto de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Polícia Civil. Recomendação do Delegado Geral nº 07, de 4 de março de 2015. São Paulo: 2015. Disponível em <https://www.imprensaoficial.com.br/DO/GatewayPDF.aspx?pagina=10&caderno=Executivo%20I&data=05/03/2015&link=/2015/executivo%20secao%20i/marco/05/pag_0010_6MQDUG7KANCCRe289J6SB1QFBMD.pdf&paginaordenacao=100010> acesso em 24 de março de 2024.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Segurança Pública e a Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Resolução Conjunta SSP-SEPCD-1, de 6 de abril de 2018. São Paulo: 2018. Disponível em <http://diariooficial.imprensaoficial.com.br/doflash/prototipo/2018/Abril/07/exec1/pdf/pg_0044.pdf> acesso em 24 de março de 2024.

SÃO PAULO (Município). Cidade de São Paulo – Saúde – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Publicado em 10 de maio de 2024. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204> Acesso em 31 de julho de 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang. Mark Tushnet e as assim chamadas dimensões ("gerações") dos direitos humanos e fundamentais: breves notas. Rei-Revista Estudos

Institucionais, v. 2, n. 2, p. 498-516, 2016. Disponível em <<https://estudosinstitucionais.com/REI/article/download/80/97>> acesso em 8 de fevereiro de 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça, v. 1, n. 1, p. 171-213, 2007. Disponível em <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>> acesso em 8 de fevereiro de 2024.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? Revista Nacional de Reabilitação, [s. l.], ano 9, n. 43, p. 9-10, mar./abr. 2005. Disponível em <https://acessibilidadecultural.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/09/atualizac3a7c3b5es-semc3a2nticas-na-inclusc3a3o-de-pessoas_-deficic3aancia-mental-ou-intelectual_-doenc3a7a-ou-transtorno-mental_.pdf> acesso em 15 de abril de 2024.. Disponível em <https://acessibilidadecultural.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/09/atualizac3a7c3b5es-semc3a2nticas-na-inclusc3a3o-de-pessoas_-deficic3aancia-mental-ou-intelectual_-doenc3a7a-ou-transtorno-mental_.pdf> acesso em 15 de abril de 2024.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Causa, impedimento, deficiência e incapacidade, segundo a inclusão. Revista Reação, São Paulo, ano XIV, n. 87, jul./ago. 2012.

SENGER, Carlos João Eduardo; DIAS, Wallace Couto. A nova pirâmide jurídica: a prisão do depositário infiel vista pelo STF. Direito e Humanidades, n. 17, 2009. Disponível em <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_direito/article/view/942/765> acesso em 8 de fevereiro de 2024.

SILVA, Alexandre Antonio Bruno da; STRADA, Ana Isabel Modena. APONTAMENTOS ACERCA DAS DIMENSÕES SUBJETIVA E OBJETIVA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS. Revista Opinião Jurídica, v. 4, n. 8, p. 45-56,

Fortaleza: 2006. Disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/6338/633869519003.pdf>> acesso em 18 de fevereiro de 2024.

SILVA, João Felipe da. VITIMOLOGIA E DIREITOS HUMANOS. Argumenta: Journal Law/Revista Jurídica, n. 18, 2013. Disponível em <<https://core.ac.uk/download/pdf/229001474.pdf>> acesso em 31 de julho de 2024.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

SILVA, Otto Marques da. A época Ignorada: A Pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje. Caderno Cedes. São Paulo: 1986.

SILVA, Roberto Santos da; COSTA, Marcos Ferreira Guedes da; SANCHES, Ademir Gasques. A carreira jurídica do delegado de polícia e seus reflexos nas atividades de polícia judiciária, à luz da lei nº 12.830, de 20 de junho de 2013. Coleção de Artigos vencedores do I Concurso Literário de Artigos Jurídico-Científicos promovidos pela Associação dos Delegados de Polícia do Estado de São Paulo e a Academia de Polícia de São Paulo. São Paulo: ADPESP/ACADEPOL, abril de 2014.

SOUSA, Oziel Francisco de. As ações afirmativas como instrumento de concretização da igualdade material. Dissertação de mestrado apresentado no Setor de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal do Paraná. Curitiba: 2006. Disponível em <<http://dominiopublico.mec.gov.br/download/teste/arqs/cp009449.pdf>>. Acesso em 21 de setembro de 2023.

SOUZA, Júlia Rabelo de; AMARAL, Pedro Gabriel Viana do. Por Que a Prova De Educação Física Dele É Diferente Da Minha? Tecendo Narrativas Sobre Inclusão Mediadas Pela(s) Tela(s). Anais do XV Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade, vol. XVI, n.2, set. 2022. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju: 2022.

SUMARIVA, Paulo. Criminologia-Teoria e Prática. Editora Impetus, 4ª ed. 2014.

TAVARES. João Moreira. Mortos, feridos e desaparecidos.. Portugal na 1ª Guerra Mundial – Uma história militar concisa. Estudos coordenados por Abílio Pires Lousada e Jorge Silva Rocha. Comissão Portuguesa de História Militar do Museu Militar de Lisboa. Lisboa: 2018, p. 781-791. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/66807/1/Mortos_Feridos_e_Desaparecidos.pdf>. Acesso em 21 de setembro de 2023.

TEAO, Kalna Mareto; LOUREIRO, Klítia. História dos povos indígenas do Brasil. Adriana V. G. Hartwig (et al). (Org.). Culturas e história dos povos indígenas. 1ed.Vitória: UFES/ NEAAD, 2011, v. 01, p. 41-60. Disponível em <https://cesad.ufs.br/ORBI/public/uploadCatalogo/09120316052013Culturas_e_Historia_dos_Povos_Indigenas_Mod_3_aula_03.pdf>. Acesso em 05 de outubro de 2023.

TEIXEIRA, Maria da Glória et al . Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. Inf. Epidemiol. Sus, Brasília , v. 7, n. 1, p. 7-28, mar. 1998 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 fev. 2024.

TELLES, Ana Clara (pesquisadora); SILVA, Eliana Souza Silva e LEMGRUBER, Julita (coordenadores). Meu nome não é cracudo. Boletim de Segurança e Cidadania - nº 22/2016. Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESEC). Universidade Cândido Mendes.Rio de Janeiro: 2016. Disponível em <<https://cesecseguranca.com.br/wp-content/uploads/2016/03/boletim22meunomenaoecracudo.pdf>> acesso em 15 de fevereiro de 2024.

UPIAS: THE UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION (1976). Fundamental principles of disability. London: UPIAS.

WERMUTH, Maiquel Ângelo Dezordi; MENEZES, Luíza Hrynyszyn. Direitos humanos, devido processo legal e a internação compulsória/involuntária de usuários de drogas no Brasil: Notas sobre um paradoxo. Revista Brasileira de Sociologia do Direito, v. 8, n. 3, p. 123-151, 2021. Disponível em <<https://revista.abrasd.com.br/index.php/rbsd/article/view/473/287>> acesso em 30 de julho de 2024.

WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, Jul.-Dez. 2003, v.9, n.2, p.141-154. São Carlos: UFscar, 2003. Disponível em <<https://abpee.net/pdf/artigos/art-9-2-2.pdf>> acesso em 20 de novembro de 2023.

APÊNDICE A – Protocolo de encaminhamento ao CAPS ⁸⁰

Critério 1: Sinais aparentes de deficiência intelectual e/ou transtorno mental

1. Comportamento desorganizado (fala incoerente, dificuldade em se concentrar ou seguir conversa).
2. Alterações abruptas de humor (irritabilidade, agressividade, choro sem motivo aparente).
3. Apatia ou ausência de interesse em atividades cotidianas.
4. Falta de higiene pessoal ou vestimenta inadequada para o contexto/clima.
5. Aparente dificuldade em realizar tarefas diárias (como alimentação ou higiene).
6. Comportamento social inapropriado para o local (proximidade excessiva, invasão do espaço pessoal, fobia sem causa objetiva).
7. Relatos de ouvir vozes ou ver coisas inexistentes (alucinações).
8. Desorientação no tempo ou espaço (não sabe onde está, quem é, de onde vem, para onde vai, que horas são e/ou a data/local).
9. Comportamentos estranhos em público (reações exageradas ou descontextualizadas, conversas com seres/pessoas imaginárias).

Critério 2: Condição de aparente desamparo

- A. A pessoa está sozinha, sem suporte familiar ou comunitário.
- B. Não há evidência de acompanhamento médico ou tratamento de saúde mental recente.
- C. A pessoa demonstra sinais de negligência ou maus-tratos (lesões sem explicação plausível).
- D. Relatos de pensamentos ou comportamentos autodestrutivos (como intenção de suicídio ou autoagressão).
- E. A pessoa relata dificuldade em acessar serviços básicos (alimentação, moradia, saúde).
- F. A pessoa aparenta estar em situação de abandono ou desorientada quanto ao próprio endereço ou local de moradia.

Em cada campo, se um ou mais sinais forem marcados, respectivamente nos campos 1 e 2, encaminhar a pessoa para avaliação no CAPS.

Preencher o ofício de encaminhamento, detalhando os sinais observados, e comunicar a unidade de saúde mental responsável (anexar este protocolo e, se possível, uma foto da pessoa durante o atendimento policial).

⁸⁰ Elaborado pelo autor como exemplo de protocolo que pode ser aplicado por servidor policial no momento do atendimento de pessoa com indícios de deficiência intelectual e/ou transtorno mental em aparente situação de ausência de acompanhamento especializado.

APÊNDICE B – Ofício de encaminhamento ao CAPS⁸¹

Ofício nº _____/2024

**Ao Sr(a). Coordenador(a) do CAPS
Centro de Atenção Psicossocial de Ribeirão Pires/SP**

Assunto: Encaminhamento de pessoa com sinais aparentes de deficiência intelectual e/ou transtorno mental e em condição de aparente desamparo

Prezado(a) Sr(a). Coordenador(a),

Na qualidade de Delegado de Polícia desta unidade policial, encaminho a Vossa Senhoria, para as providências cabíveis, a pessoa abaixo qualificada, atendida em nossa Delegacia, na data/horário indicado, a qual apresenta sinais aparentes de deficiência intelectual e/ou transtorno mental, conforme identificado no Protocolo de Encaminhamento ao CAPS, a serem confirmados no âmbito dos serviços de saúde mental, além de estar, no momento do atendimento, em condição de aparente desamparo.

Dados da Pessoa Encaminhada:

Nome: _____
RG/CPF: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Data de Nascimento: _____

Critérios de Encaminhamento

A pessoa atendida apresentou, conforme verificado por nossa equipe, sinais indicativos previstos no **Critério 1: Sinais aparentes de deficiência intelectual e/ou transtorno mental**, como:

- Comportamento desorganizado
- Alterações abruptas de humor
- Apatia ou ausência de interesse em atividades cotidianas
- Falta de higiene pessoal
- Dificuldade em realizar tarefas diárias
- Comportamento social inapropriado

⁸¹ Elaborado pelo autor como exemplo de ofício que poderia ser usado para encaminhamento e/ou comunicação ao CAPS.

- Relatos de alucinações
- Desorientação no tempo ou espaço
- Comportamentos estranhos em público

Além disso, constatou-se a **Condição de aparente desamparo**, conforme o **Critério 2**, sendo observados:

- A pessoa está sozinha, sem suporte familiar
- Aparente ausência de acompanhamento médico ou tratamento de saúde mental recente
- Sinais de negligência ou maus-tratos
- Relatos de pensamentos ou comportamentos autodestrutivos
- Dificuldade em acessar serviços básicos
- Situação de abandono ou desorientação quanto ao próprio endereço

Em razão disso, solicitamos a avaliação e o devido acolhimento da pessoa supramencionada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme previsto na legislação vigente, para assegurar a acessibilidade aos serviços de saúde mental, incluindo, se necessário, acompanhamento médico, psicológico e social. Caso não seja a Vossa unidade aquela especificamente destinada ao caso aqui noticiado, solicita-se remeter esse ofício à unidade/serviço da RAPS mais adequada.

Este encaminhamento se dá com o intuito de promover a dignidade da pessoa humana e garantir o direito à saúde mental, conforme previsto na Constituição Federal, legislação infraconstitucional e normas administrativas do Ministério da Saúde.

Aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

São Paulo, 8 de novembro de 2024

Roberto Santos da Silva
Delegado de Polícia

Ao Ilmo. Sr.
Coordenador do CAPS
Cidade de Ribeirão Pires/SP