

**CENTRO UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO DE PRESIDENTE
PRUDENTE**

CURSO DE DIREITO

**ENTRE A LOUCURA E O DIREITO: OS DESAFIOS DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

Odaysa Alves Tomé da Silva

Presidente Prudente/SP
2018

**CENTRO UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO DE PRESIDENTE
PRUDENTE**

CURSO DE DIREITO

**ENTRE A LOUCURA E O DIREITO: OS DESAFIOS DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

Odaysa Alves Tomé da Silva

Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharel em Direito, sob orientação do Prof. Wilton Boigues Corbalan Tebar.

Presidente Prudente/SP
2018

**ENTRE A LOUCURA E O DIREITO: OS DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO
BRASIL**

Monografia aprovada como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharel
em Direito.

Prof. Wilton Boigues Corbalan Tebar

Carla Roberta Ferreira Destro

Mário Coimbra

Presidente Prudente, 27 de novembro de 2018.

“Quem de pé ficará?
Se a luta acomodar
Diga quem nos dirá?
Quem viver, provará!
Nossa emancipação!”

O Teatro Mágico (Quando a fé rugir).

Dedico este trabalho à minha família, amigos e, especialmente, àqueles que lutaram e lutam diariamente por uma realidade mais justa e digna.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter iluminado meu caminho durante esta longa trajetória.

Agradeço à minha família, especialmente meus pais e minhas irmãs que sempre me apoiaram e escutaram minhas dúvidas e desabafos. Agradeço à minha prima

Débora, futura psicóloga, que me auxiliou no processo de pesquisa.

Agradeço à Maria Selma, minha mãe de coração e, principalmente, amiga, que me acolheu de braços abertos e transformou minha primeira experiência de estágio em uma jornada de aprendizagem, amor e confiança.

Agradeço aos meus queridos amigos: Lilian, Jean e Ricardo, que seguram as minhas mãos há muitos anos e não soltaram nem por um instante durante todo esse processo. Agradeço, também, aos meus amigos Gabriel Videira, Micaele, Karine, Eliel e Gustavo, por compartilharem comigo a experiência apaixonante, desafiadora e estressante que é o curso de Direito.

Ao meu orientador, Prof. Wilton Tebar, agradeço pelo incentivo, disposição e paciência; por toda humanidade e empatia, que refletem mais que um ótimo profissional do Direito, mas uma excelente pessoa.

Por fim, meus sinceros agradecimentos ao examinador Mario Coimbra, exímio Professor e Promotor de Justiça; e à examinadora Carla Destro, mulher, mestrande e defensora dos Direitos Humanos, a quem tenho grande admiração.

“O que eu sou, eu sou em par. Não cheguei, não cheguei sozinho...” (Lenine).

RESUMO

Trata-se de monografia na qual busca-se analisar os desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira frente à proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Destarte, através de uma reconstituição histórica da loucura, percebe-se que esta recebeu diversos tratamentos de acordo com a cultura na qual esteve inserida. Deste modo, a loucura foi associada ao Divino, ao pecado e, aos poucos, reduzida a erro até ser apropriada pela medicina e receber o status de doença mental. Aponta-se que durante a história da loucura, esta permaneceu por um longo período confinada ao lado de outros indivíduos marginalizados, desenvolvendo supostos laços, que até os tempos atuais são invocados para justificar a segregação. Tem-se historicamente, nos hospitais, a ferramenta de depósito de diferenças, para o qual o doente foi lançado, com fulcro em práticas de discriminação social construídas e sedimentadas na cultura. A par disso, sob a influência dos ideais de Franco Basaglia, com a chamada “Psiquiatria Democrática” e, diante de todo o cenário de desigualdade social e violação de direitos humanos no regime ditatorial brasileiro, ganha força o movimento pela Reforma Psiquiátrica, com a Luta Antimanicomial, composta pelos profissionais de saúde mental. A lei nº 10.216/01, como fruto da luta pela proteção de direitos humanos, redireciona a assistência à saúde mental, antes concentrada na figura dos manicômios, para o modelo comunitário, a fim de assegurar os direitos fundamentais previstos na Constituição também aos doentes mentais. Assim, o direito fundamental à saúde passa a ser fornecido de forma descentralizada e sob o financiamento do Sistema Único de Saúde através da Rede de Atenção Psicossocial. No entanto, a despeito das conquistas efetivadas, verifica-se que ainda há desafios a serem transpostos, a fim de romper com o ciclo de violação de direitos e promover uma sociedade mais inclusiva.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Direito à Saúde. Loucura. Hospitais Psiquiátricos. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

It is a monograph in which it was sought analyze the challenges of the Brazilian Psychiatric Reform, looking through the protection of the rights of people with mental disorders. Therefore, across a historical reconstitution of the madness, it was able to see that this one received a lot of treatments according to the culture in which it was inserted. For that reason, madness was associated with Divine, with sin, and with the few, being reduced to error, until it was appropriated by medicine, and received the status of mental illness. It is pointed out that during the history of madness, this one was remained for a long period confined among other marginalized individuals, developing kinds of bonds, which even today are summoned to justify segregation. Historically, the hospital has been the difference deposit tool, for which the patient was launched, with a focus on practices of social discrimination built and settled in culture. At the same time, by the Franco Basaglia's influence ideals, with the called "Democratic Psychiatry", and faced with the whole scenario of social inequality and also the violation of the human rights in the Brazilian dictatorial regime, the Psychiatry Reform movement gains strength, with the anti-asylum fight, made up of mental health professionals. The Law 10.2016/01, as a result of the struggle for the protection of human rights, redirects mental health care, previously focused on the figure of asylums, to the community model, in order to ensure the fundamental rights, foreseen in the Constitution, also for the mentally ill. Therefore, the fundamental rights to health is now being provided in a decentralized way and under financing of the Unified Health System, through the Psychosocial Care Network. However, in besides the conquests, there are still challenges to be overcome to break with the cycle of violation of rights and promote a more inclusive society.

Key words: Human Rights. Right to Health. Madness. Psychiatric Hospitals. Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 A “LOUCURA”	11
2.1 Considerações Histórico-Culturais acerca da "Loucura"	13
2.2 O Surgimento dos Primeiros Manicômios	20
2.3 A "Loucura" como Doença Mental.....	23
2.4 As Instituições Psiquiátricas no Brasil	26
2.5 “O Holocausto Brasileiro”	28
2.6 Corte Interamericana de Direitos Humanos: Caso Damião Ximenes Lopes V. Brasil	30
3 A LUTA ANTIMANICOMIAL COMO DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS	33
3.1 Franco Basaglia e a “Psiquiatria Democrática”	33
3.2 O Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil	35
4 O DIREITO	41
4.1 Os Direitos Humanos e suas Dimensões	43
4.2 O Ordenamento Jurídico Brasileiro e os Direitos Fundamentais	45
4.3 O Direito Fundamental à Saúde	46
4.4 O Tratamento do Doente Mental no Ordenamento Jurídico Brasileiro	52
4.5 Legislação sobre Saúde Mental	59
4.5.1 Conhecendo a Lei nº 10.216/01	63
4.6 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	68
4.6.1 Serviços de atenção básica em saúde mental	69
4.6.2 Serviços em atenção psicossocial.....	70
4.6.3 Serviços em atenção às urgências e emergências	72
4.6.4 Serviços em atenção residencial de caráter transitório	72
4.6.5 Serviços em atenção hospitalar	73
4.6.6 Estratégias de desinstitucionalização.....	74
4.6.7 Reabilitação social	75
5 OS DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	77
5.1 Desassistência à Saúde Mental	77
5.2 Fiscalização Ineficiente	81
5.3 A Cultura da Exclusão	83
6 CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS	93

1 INTRODUÇÃO

A loucura, sem dúvida, é um tema que instiga toda sociedade, na medida em que ao mesmo tempo em que gera fascínio, colocada em liberdade causa temor à população inóspita. Destarte, após um longo período de silêncio, o debate acerca do assunto tem se intensificado com a chamada “Reforma Psiquiátrica”, a qual estabeleceu a extinção progressiva dos manicômios, restituindo os doentes internados aos seus lares, como forma de resgate da cidadania e reinserção social.

Deste modo, buscou-se trazer uma reflexão acerca dos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira frente aos direitos das pessoas com transtornos mentais. Para tanto, o presente trabalho foi estruturado em quatro capítulos: “A Loucura”, “A Luta Antimanicomial como Defesa dos Direitos Humanos”, “O Direito” e “Os Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil”.

Assim, a pesquisa desenvolveu-se numa linha histórica, abordando-se ao longo de todo o trabalho a relação do contexto sociocultural com a loucura, estabelecendo-se um liame de como a história influenciou no atual tratamento da doença mental.

Com efeito, abordou-se no primeiro capítulo o sentido terminológico e histórico da “loucura” e seus sinônimos, bem como sobre o tratamento do doente mental desde a Grécia primitiva, com o misticismo, até o a sua apropriação pela medicina científica, definindo a loucura como doença mental. Prosseguindo, narrou-se a criação dos primeiros manicômios, a sua verdadeira finalidade de exclusão social e violação de direitos dos indivíduos em sofrimento mental, bem como foram tracejadas breves considerações acerca das colaborações científicas proporcionadas por figuras como Pinel, Esquirol, Wilhelm Griesin, Emil Kraepelin e Sigmund Freud para a evolução no campo da psiquiatria. Por fim, o capítulo foi finalizado com a abordagem sobre a criação dos primeiros hospícios brasileiros, os quais, sem a devida fiscalização legal, aos poucos foram repetindo as práticas europeias e transformando suas instituições em locais de encarceramento, violação e eliminação da loucura, culminando com a tragédia rememorada no livro “Holocausto Brasileiro” da jornalista e autora Daniela Arbex (2013), além de condenação internacional pela Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso *Damião Ximenes Lopes versus Brasil*.

O segundo capítulo tratou sobre a Luta Antimanicomial como Defesa dos Direitos Humanos, mediante a descrição do contexto político brasileiro e a influência da Reforma Psiquiátrica Italiana no processo da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil.

O capítulo subsequente foi destinado à abordagem do aspecto jurídico da “loucura”. Assim, discorreu sobre a evolução dos direitos humanos, a proteção desses direitos no Brasil, bem como no que se refere ao tratamento jurídico do doente mental, com a recente alteração no sistema de capacidade civil. Na sequência, procedeu-se a análise de algumas das legislações atinentes à saúde mental no Brasil, especialmente a Lei nº 10.216/01, além das Portarias do Ministério da Saúde relativas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que proporcionou a substituição do manicômio para o modelo comunitário de tratamento à saúde mental, mediante a realização de estratégias de desinstitucionalização e reinserção do paciente no âmbito familiar e social.

Por fim, o último capítulo serviu como análise da Reforma Psiquiátrica no Brasil, mediante a reflexão sobre três pontos críticos a serem superados, visando a melhoria na qualidade dos serviços de saúde mental e proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, quais sejam: a desassistência à saúde mental, a fiscalização ineficiente e a Cultura da Exclusão.

Ressalta-se, que como trabalho de conclusão do curso de Direito, em nenhum momento buscou-se aprofundar nos assuntos referentes à Psiquiatria ou Psicologia envolvendo a doença mental, uma vez que não é o foco que se pretende desenvolver; assim, os modelos de compreensão da loucura de Isaias Pessoti, bem como outros pontos envolvendo as referidas disciplinas, apenas se fizeram citar, de forma simples, devido a imprescindibilidade para o esclarecimento do tema escolhido. Do mesmo modo, cumpre destacar que, as terminologias “louco”, “loucura”, “alienados”, “insanos”, em nenhum momento foram empregadas no trabalho com finalidade discriminatória, pejorativa ou diminutiva, mas tão somente em razão de serem as nomenclaturas utilizadas de forma geral para se referir ao grupo social estudado.

Em síntese, a pesquisa foi elaborada utilizando-se de fonte bibliográfica, especialmente as obras “História da Loucura na Idade Clássica” e “Doença Mental e Psicologia” do autor Michel Foucault e “Manicômios, Prisões e Conventos” de Erving Goffman. Ademais, optou-se pela metodologia histórica de pesquisa e pelo método

dedutivo, mediante a abordagem sobre os principais aspectos jurídicos e culturais da loucura, bem como as conquistas e falhas da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2 A “LOUCURA”

A loucura, sem dúvidas, é um dos temas mais complexos e interessantes que, há séculos, instiga a curiosidade humana. Está presente no cinema, nas músicas, nos livros e na arte em geral; entretanto, apesar disso, a sua imagem nem sempre é bem recebida na sociedade.

Mas, afinal, o que é a loucura? Primeiramente, destaca-se que a expressão “loucura” é vulgarmente utilizada para referir-se à doença mental, a qual, por sua vez, é objeto de estudo da psiquiatria e psicologia. Todavia, assim como a expressão “louco”, muitas outras foram historicamente construídas e são empregadas como sinônimos para referir-se ao indivíduo com transtornos mentais, portanto, “alienado”, “insano”, “doente”, “enfermo”, “doido”, “insensato”, “maluco”, “demente”, “lunático”, “alucinado”, dentre outras.

Destarte, para melhor compreensão do tema, a priori, é necessário partir do conceito das palavras mais utilizadas para expressá-lo. Com efeito, através de breve pesquisa pela palavra “louco” é possível encontrar as seguintes definições e sinônimos:

(...). - **Louco** é propriamente “o que perdeu a razão”; e no sentido figurado equivale a “perdido, alucinado, desvairado como se tivesse subitamente enlouquecido” (...). – **Demente** é “o que está privado das faculdades de raciocinar, de entender, e que fica em estado como de estupidez ou imbecilidade”. Nesta palavra **demente** figura a raiz grega *man* ou *men*, que sugere a ideia de “pensar”, “sentir”. *Mente* é, pois, “o espírito, a faculdade, ou o conjunto das faculdades superiores do homem”: **demente** exprime, portanto -, “privado do espírito da inteligência”. – **Doido** é quase o mesmo que **louco**: se se pode notar alguma diferença entre os dois vocábulos, é, segundo os lexicógrafos, a que consiste em ser talvez a *doídice* uma forma de *loucura* mais completa e permanente, e caracterizada pelos desvairados, os gestos ridículos e estabamentos do **doido**. – **Desvairado** é “o que ficou em súbita exaltação que o põe agitado, aflito, sem tino”. – **Delirante** é “o que está como perturbado momentaneamente das faculdades intelectuais, e assim privado de senso normal, incapaz de fazer juízo”. – **Insano** diz propriamente – “o que está enfermo da razão: a *insânia* sugere também a ideia de loucura instantânea. (POMBO, Rocha, 2011, p. 171/172). – Grifo do autor.

Em atenção aos conceitos retro, conforme se observa, todas as palavras, em sua essência, possuem um sentido negativo da condição do doente mental. Tanto que referidas expressões são utilizadas de forma cotidiana geralmente para expressar situações de irresponsabilidade (“você ficou louco?” ou “hoje eu cometi uma loucura!”). Isto porque, conforme será abordado adiante, a doença mental

atravessou uma longa jornada até alcançar as concepções atuais, as quais, diga-se de passagem, ainda não muito agradáveis.

Não obstante, muito embora o adjetivo “louco” seja mais utilizado para referir-se ao doente mental, conforme já dito, não se trata da expressão mais acertada em termos técnicos. Destarte, a atual Classificação de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10) utiliza-se do termo “transtorno mental” ao referir-se às doenças relacionadas à psiquiatria, a qual se presta a padronizar e catalogar as doenças e outros problemas de saúde, de modo a facilitar o diagnóstico. Salienta-se, ainda, que o termo “mental” é utilizado para distinguir as patologias mentais das orgânicas, as quais, segundo Foucault (1988, p. 17) são unidades distintas dentro da medicina, o que implica o emprego de tratamentos diversos para cada uma, já que as primeiras, sofrem dupla rotulação: medicinal e social.

Assim, conforme veremos adiante, a doença mental nem sempre foi analisada sob o viés medicinal; isto porque, antes de ser apropriada pela medicina, a loucura já recebia “diagnósticos sociais” de acordo com a cultura que normatiza e impõe o que é normal/anormal. Nesse sentido, para Arthur Kleinman (1992 p. 252, apud FILHO, COELHO E PERES. 1999, p.103):

A enfermidade é conformada por fatores culturais que governam a percepção, rotulação, explicação e valorização da experiência do desconforto, processos imbuídos em complexos nexos familiares, sociais e culturais. Dado que a experiência da enfermidade é uma íntima parte do sistema social de significações e regras de conduta, ela é fortemente influenciada pela cultura: ela é, como veremos, culturalmente construída

Destarte, em seus estudos sobre a loucura, Michel Foucault (1988, p. 71) também reflete que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”; em outras palavras, pode-se afirmar que doença mental, é, sobretudo, um fenômeno social, na medida em que a sua compreensão é formada de acordo com a cultura na qual estiver inserida. E mais, a loucura é, também, “muito mais histórica do que se acredita” (FOUCAULT, 1988, p.80), tendo que vista que a sua concepção atual nada mais é que o resultado de um longo processo histórico, o qual será abordado adiante.

Portanto, estabelecidas as premissas sobre a questão etimológica da loucura, parte-se para a análise histórica, na qual será abordada sua vinculação à

cultura, bem como o surgimento das instituições psiquiátricas com o chamado “modelo hospitalocêntrico” de tratamento dos doentes mentais.

2.1 Considerações Histórico-Culturais acerca da "Loucura"

A insanidade mental esteve presente em toda a história da humanidade, sendo compreendida de formas distintas a depender do contexto social na qual estivesse inserida. Destarte, de acordo com a compreensão acerca da loucura, teremos uma reação da sociedade sobre o indivíduo nesta condição. Assim, dentre os modelos históricos de concepção da loucura, Isaias Pessoti, na obra “Loucura e suas Épocas” (1997, apud CHERUBINI, 2006, p.7), nos apresenta três predominantes, quais sejam: modelo mítico-religioso, o modelo orgânico e, por fim, o modelo psicológico, cada qual com predominância em determinado momento histórico, conforme veremos.

À vista disso, inicialmente, as sociedades primitivas, através de uma compreensão mítico-religiosa, atribuíram a loucura à possessão de espíritos e deuses, conferindo tratamento especial aos indivíduos que apresentavam transtornos comportamentais. Portanto, os loucos eram considerados mensageiros divinos, de modo que, a loucura, por ser entendida como uma condição positiva, garantia ao indivíduo não apenas a sua inclusão na comunidade, como também uma posição hierárquica superior aos demais cidadãos.

Jorge Vasconcellos, ao tratar do tema “Filosofia e Loucura” (2000, p 13), narra uma pequena estória de origem mitológica para exemplificar como os gregos tratavam a revelação da loucura. Em síntese, discorre que as três filhas do rei Preto de Argólida, ao crescerem, são vitimadas pela loucura e se recusam a prestar culto ao deus Dionisos; diante disso, o rei, desesperado, convoca à sua presença um mestre para purificá-las. No entanto, em retribuição ao trabalho, o mestre Melampo pede um terço do reino, ao que, inicialmente, é negado pelo rei. A doença piora e, com a recusa de culto à divindade, o deus Dionisos lança sobre a cidade o desvio e a loucura, de modo que todas as mulheres ficam enlouquecidas, saindo de suas casas e matando seus filhos.

Seguindo a narração do autor supracitado, Melampo não era considerado um homem qualquer, mas um intermediador dos homens com os deuses, de sorte que, em razão disso, recebia o título de “mestre” (VASCONCELLOS, 2000,

p.14). O mestre surge, nas culturas primitivas, como a primeira figura de pensador e posteriormente “rei-sacerdote”. Em virtude de sua conexão com os deuses, o mestre ocupava uma posição particular na comunidade grega, de tal forma que sua palavra gozava de credibilidade, posto que verdadeira e sagrada. Além disso, quando os deuses resolviam manifestar suas fúrias, os mestres eram os únicos que poderiam acalmá-los, pois somente eles poderiam acioná-los pelos nomes (VASCONCELLOS, 2000, p.15).

Deste modo, observa-se que a cultura grega tinha uma concepção interessante acerca da loucura, pois havia a crença de que para o homem estabelecer uma ligação com os deuses e alcançar um conhecimento superior, era necessário que ele passasse pelo estágio do enlouquecimento, no que consistia a suposta possessão pelos deuses e espíritos.

Nas palavras de Jorge Vasconcellos (2000, p. 16):

Há, assim, uma clara positividade na ideia de loucura, pois se aqueles que foram possuídos – ‘entusiasmados’- pelos deuses tornam-se mestres da verdade, sacerdotes e mais tarde reis, é sinal de que o desregramento e a desrazão ocupavam não só o avesso da razão, como também implicava uma outra forma da racionalidade

Não obstante, nesse cenário já crescia na Grécia um movimento de racionalização do pensamento, que ocasionaria, por conseguinte, a substituição do mestre pelo “rei-sacerdote”, o qual, posteriormente, daria lugar à figura do filósofo. Assim, aos poucos, esse saber absoluto e divino transmitido nas figuras dos mestres e reis-sacerdotes, foi dando espaço a outro tipo de pensador: o filósofo; aquele que não sabe, mas tem sede de conhecimento.

Assim, em busca de uma explicação racional da realidade, ou seja, afastando-se das crenças mitológicas da época, que conferia aos possuídos pelos deuses um título de sábio, mestre e, posteriormente, rei; os loucos foram perdendo seu posto na sociedade: “é com Descartes que as formas de enlouquecimento, o delírio e a mania são por completo exilados das boas maneiras do pensar. O filósofo não é mais, de modo algum, o possuído; é o homem das regras, não do desregramento” (VASCONCELLOS, 2000, p. 20).

No entanto, em que pese se tenha desvinculado a loucura da razão, ainda não foi nessa época que ela (loucura) passou a ter de fato um *status* de doença mental.

Deste modo, alguns pensadores da época iniciaram ensaios acerca da loucura, de modo a desvendar a sua origem. Dentre eles, destaca-se Hipócrates (460 a.C. - 370 a.C.), considerado “o pai da medicina ocidental” que, afastando-se do misticismo da época, introduz um modelo orgânico acerca da compreensão da loucura. Portanto, insatisfeito com a resposta mítica de que a loucura consiste em possessão divina, Hipócrates introduz a ideia de que assim como todas as outras doenças, a alienação possui origem orgânica; ou seja, as alterações de humor e transtornos comportamentais advêm da natureza e das mudanças no organismo humano, especialmente no cérebro. Portanto, de acordo com a teoria de Hipócrates (apud LANDEIRA-FERNANDEZ E CHENIAUX, 2010, p. 26):

os homens precisam saber que de nada mais além do cérebro vêm alegrias, prazeres, divertimentos e esportes; e tristezas, desapontamentos, desesperanças e lamentações. E por isso, de uma maneira especial, nós adquirimos visão e conhecimento, e nós vemos e ouvimos. E pelo mesmo órgão nos tornamos loucos ou delirantes, e medos e terrores nos assaltam, alguns de noite e outros de dia. Todas essas coisas nós suportamos do cérebro quando ele não é sadio

Por outro lado, Aristóteles (384 a.C. - 322 a.C.) se insurge contra a referida teoria ao indicar o coração como fonte da loucura, o qual, afetado pelas emoções e o calor vital, destoa para um dos lados (da razão à insanidade).

Por sua vez, Galeno (131-200) propõe uma visão híbrida da insanidade, na medida em que atribui a origem da loucura à lesão em uma ou mais de uma das faculdades da alma, notadamente aquela localizada no cérebro (retomando a ideia de Hipócrates), as quais são provocadas por “vapores e sopros internos do corpo humano” (CHERUBINI, 2006, p.14).

De fato, já no início da Idade Média, todas essas teorias, sem muita base científica, sofrem um declínio e, se por um lado, na Grécia arcaica, os loucos eram tidos como missionários dos deuses, no início da Idade Média, devido às concepções religiosas e culturais, por muito tempo o louco seria tratado como sinônimo de possuído:

Afirmou-se, afirmou-se até demais que o louco era considerado até o advento de uma medicina positiva como um “possuído”. E todas as histórias da psiquiatria então quiseram mostrar no louco da Idade Média e do Renascimento um doente ignorado, prêsso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas. Assim, teria sido necessário esperar a objetividade de um olhar médico sereno e finalmente científico para descobrir a deterioração da natureza lá onde se decifravam apenas perversões sobrenaturais (FOUCAULT, 1988, p. 75)

Destarte, sob a forte influência da Igreja Católica, têm-se o início das práticas da “Santa Inquisição”, que tinha por objetivo investigar supostos atos que violavam a fé católica; de modo que, nesse segundo momento, o modelo mítico-religioso apresentado na Grécia arcaica sofre uma transformação. Por consequência, os comportamentos destoantes não são mais considerados manifestações dos deuses, mas dos demônios e, em vista disso, a loucura passa a estar atrelada às possessões obscuras, à bruxaria e ao pecado. Esse cenário religioso contribui para a instituição de três grandes pontos de discriminação da loucura, os quais persistem até a atualidade: a suposta incapacidade, irresponsabilidade e violência do louco (CUNHA, 2004, p.89).

Outrossim, essa nova concepção da loucura, que justificaria a intolerância religiosa e perseguição social, consistente em exorcismos e sacrifícios, tem como referência as doutrinas de Santo Agostinho e São Tomás de Aquino (CHERUBINI, 2006, p.10), os quais, por sua vez, influenciaram diversas obras importantes para a época, dentre as quais destaca-se a obra de Sprenger e Heinrich Kramer (1484), intitulada *Malleus Maleficarum* (“Martelo das Bruxas) que serviu de manual para os juízes dos tribunais de inquisição. Desta feita, a referida obra apresenta informações para a caracterização dos casos de possessões por espíritos malignos, podendo ser identificadas no indivíduo que apresentava alucinações, alterações no corpo ou doenças inexplicáveis para a Medicina frágil da época.

Ademais, sob o prisma religioso, a loucura passa a ser associada à culpa e a imperfeição do homem; logo, o louco recebe também a fama de “perverso”, uma vez que o mal não poderia atingir os bons, assim considerados os crentes em Deus, mas tão somente os errantes e condenados ao inferno.

Para Foucault, essa interpretação apregoada pela religião causou um enorme problema para a evolução da loucura como doença mental. Assim, apenas com as características indicadas pelas doutrinas cristãs, qualquer um que apresentasse indícios de desregramento, poderia ser considerado possuído. Em vista disso, os loucos, que eram tidos como possuídos, na verdade não passavam de doentes mentais; no entanto, num raciocínio errôneo, os possuídos eram loucos e, sendo loucos, seriam tratados como possuídos (FOUCAULT, 1988, p. 75), de modo que, devido a esta concepção, foram, por muito tempo, privados dos tratamentos médicos adequados.

A despeito disso, com a Idade Moderna houve o reestabelecimento do pensamento racional da loucura, devido às críticas quanto aos ideais religiosos acerca da loucura. Conforme destacam J. Landeira-Fernandez e Elie Cheniaux (2010, p. 29), novas concepções foram introduzidas acerca da loucura, como exemplo do médico e astrônomo Paracelso (1493-1541) que associou as alterações mentais às fases da lua, criando o termo “lunático”, ainda utilizado nos dias atuais.

Nesse sentido, com uma acentuada mudança na cultura, e, portanto, nas concepções de loucura, os loucos, aos poucos, foram se misturando a outros indivíduos marginais da sociedade, como os pobres, mendigos, portadores de doenças venéreas e os leprosos. Assim, a diferença passa a fazer parte da sociedade, de modo que os loucos têm permissão para vagar livremente pelas ruas, vivendo de caridades. Ocorre que, nesta época, acreditava-se que cada pessoa tinha uma função nos planos de Deus, na medida em que os marginais apenas existiam para que os ricos pudessem prestar-lhes auxílio, purificando suas almas e absolvendo a si mesmos do “juízo celestial”.

No entanto, o louco, ao contrário dos outros indivíduos marginais, destaca-se pela sua peculiaridade. A loucura é envolta por uma neblina que dificulta sua compreensão, vez que a origem do desregramento do sujeito louco, ainda desconhecida, gera um fascínio. De qualquer modo, a loucura esteve sempre presente na história, ora implícita e silenciosa, ora explícita e gritante.

Assim, no fim do século XV a loucura emerge e ganhará voz através das manifestações artísticas do Renascimento. O louco sai das margens da sociedade e assume o centro, ele atrai olhares e atenção, sendo ilustrado na arte como forma de denúncia à loucura. Na obra “História da Loucura na Idade Clássica”, Michel Foucault (2014, p. 14) narra que o louco assume papel principal no centro do teatro, representando o personagem sábio e racional, ao contrário de como ocorre nas obras literárias:

Se a loucura conduz todos a um estado de cegueira onde todos se perdem, o louco, pelo contrário, lembra a cada um a sua verdade; na comédia em que todos enganam aos outros e iludem a si próprios, ele é a comédia em segundo grau, o engano do engano. Ele pronuncia em sua linguagem de parvo, que não se parece com a da razão, as palavras racionais que fazem a comédia desatar no cômico (...)

No fim do século XV, a loucura vem para substituir o tema morte nas representações góticas e melancólicas da época. Isto porque, da Idade Média até o final das Cruzadas, a lepra invade toda a Europa ocidental, tornando-se a maior assombração dos que ali habitavam; considerando que, reconhecida a natureza da doença como lepra, o indivíduo era excluído de toda vida em comunidade, sendo lançado nos leprosários. Assim a loucura, tal como a lepra, invade silenciosamente a sociedade com uma imagem sombria, antecipando o medo da morte, já que considerada a própria morte em vida:

A substituição do tema da morte pelo da loucura não marca uma ruptura, mas sim uma virada no interior da mesma inquietude. Trata-se ainda do vazio da existência, mas esse vazio não é mais reconhecido com termo exterior e final, simultaneamente ameaça e conclusão; ele é sentido do interior, como forma contínua e constante da existência. E enquanto outrora a loucura dos homens consistia em ver apenas que o termo da morte se aproximava, enquanto era necessário trazê-los de volta à consciência através do espetáculo morte, agora a sabedoria consistirá em denunciar a loucura por toda parte, em ensinar aos homens que eles não são mais que mortos, e que se o fim está próximo, é na medida em que a loucura universalizada formará uma só e mesma entidade com a própria morte (FOUCAULT, 2014, p. 16)

Por outro lado, com a passagem dos séculos XVI e XVII, a loucura também é representada em diversas obras literárias assumindo tons de comédia, melancolia e tragédia, todas associadas à loucura passional, transmitindo que o amor, quando em excesso, pode levar o sujeito a outro nível de insanidade.

A exemplo disso, na Inglaterra, William Shakespeare (1564-1616) aborda em suas obras "*Romeo and Juliet*" (1591 e 1595), "*Hamlet*" (1599-1601) e "*Macbeth*" (1603-1607), os temas de vingança e suicídio como consequência do amor excessivo, quer seja pela morte do amado ou, ainda, como no caso de Romeu e Julieta, pelo amor impossível que ultrapassa os limites da razão, exibindo uma nova face da tragédia como o último recurso para o caso.

Na Espanha, Miguel de Cervantes (1547-1616) aborda, em sua obra "*Dom Quixote de la Mancha*" (1605 e 1616), com tons de comédia e reflexão as aventuras de Dom Alonso Quixano, um fidalgo apaixonado por obras cavaleirescas, o qual mergulha no seu inconsciente, desfaz-se de sua razão e veste-se de cavaleiro andante, enfrentando batalhas irreais ao lado de seu fiel escudeiro Sancho Pança. Nas palavras de Foucault (2014, p. 39) "em Cervantes ou Shakespeare, a loucura sempre ocupa um lugar extremo no sentido de que ela não tem recurso. Nada a traz

de volta a verdade ou à razão. Ela opera apenas sobre o dilaceramento e, daí, sobre a morte”.

Por fim, não se pode olvidar a composição literária “*Narrenschiff*” de Sebastian Brant (1497) e a obra “Nave dos Loucos” de Hieronymus Bosch, a qual, segundo Foucault (2014, p. 09), foi escrita com base em acontecimentos reais. Assim, especialmente no século XV, a *Narrenschiff* representa um dos métodos mais prestigiados para livrar-se da loucura, a qual passou a ser vista e tratada como uma imperfeição na sociedade. Deste modo, os loucos eram expulsos de suas cidades e entregues às Naus, que transportavam a insanidade de uma cidade para a outra. Portanto:

Esse costume era freqüente particularmente na Alemanha em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados. Nos cinquenta anos que se seguiram, têm-se vestígios ainda de 21 partidas obrigatórias, tratando-se aqui apenas loucos detidos pelas autoridades municipais (FOUCAULT, 2014, p. 9)

Não se sabe ao certo qual o sentido desse costume, considerando que em toda Idade Média e Renascença já havia locais especiais para receber os alienados agressivos, como o Hotel-Dieu de Paris (FOUCAULT, 1988, p.76). No entanto, Foucault discorre em sua obra “História da Loucura” que, a *Nau*, muito embora tenha exercido uma função prática e econômica na época - pois indiretamente havia uma comercialização da loucura e evitava-se que esta ficasse perambulando pelas ruas -, havia um ritual simbólico no ato. Uma vez lançada a carga ao mar, a água, mais do que levar embora, purificava o louco, que ficava a mercê de sua própria sorte. Deste modo:

Água e navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer (FOUCAULT, 2014, p. 12)

Não obstante, nos meados do século XVII, alterando o cenário da Renascença, há uma brusca mudança na sociedade que silenciará a loucura durante

um longo período. Assim, a mesma loucura compreendida como divina na Grécia arcaica, tolerada na Idade Média e prestigiada no Renascimento, será tratada como uma ameaça à ordem e, portanto, será segregada.

2.2 O Surgimento dos Primeiros Manicômios

Inicialmente, destaca-se que os primeiros manicômios não foram criados especialmente para a destinação dos “loucos”, tampouco tiveram como finalidade o tratamento de tais indivíduos. Os primeiros estabelecimentos foram criados notadamente pela suposta necessidade de se combater a mais nova ameaça à sociedade: a lepra.

Assim, segundo a narração de Foucault (2014, p. 3), a partir da Idade Média até o fim das Cruzadas, a lepra invade a Europa ocidental e contamina grande parte da população. Em virtude disso, todas as cidades infectadas passam a construir diversos estabelecimentos, conhecidos como “leprosários”, para o confinamento dos doentes; evitando-se, assim, o contato dos leprosos com a outra parcela da população. A lepra, em todo caso, é considerada uma manifestação de Deus, que tem a bondade de castigar o homem pelos seus pecados, justificando a exclusão dos doentes como uma forma de salvação (FOUCAULT, 2014, p.6).

No entanto, como consequência de um longo período de exclusão dos leprosos, e em virtude da ruptura da Europa com os pontos de infecção, no final da Idade Média, a lepra começa a desaparecer, deixando os leprosários vazios e sem utilidade. Deste modo, estes estabelecimentos sombrios assumem a função social e espiritual de recolher os indivíduos marginais da sociedade, bem como salvar suas almas e daqueles que os excluem (FOUCAULT, 2014, p. 6). Ademais, com o fim do sistema feudal e a ascensão do mundo burguês, esses indivíduos ociosos não são mais aceitos pela sociedade, assim como já não convêm mais prestar-lhes caridade como forma de salvação, já que da mesma forma como a segregação salvou o mundo da lepra, essa medida será utilizada como justificativa para uma suposta reintegração espiritual (PEREIRA, 1993, p. 50, apud CHERUBINI. 2006, p.12) e salvação do indivíduo.

Ocorre que, com o passar dos anos, a população marginal se torna tão numerosa dentro dos leprosários, que construir outros estabelecimentos em lugares afastados da cidade se mostra como a solução mais conveniente. Foucault narra que,

após o fim da lepra, os portadores de doenças venéreas, inicialmente, assumem o cenário de horror nas cidades, causando medo na população, que decide trancafiá-la. Contudo, mesmo após ser apropriada pela medicina, devido aos modelos de internação da época, a doença venérea logo se mistura e, ao lado dos demais indivíduos errantes, continua sendo tratada em “espaço moral de exclusão” (FOUCAULT. 2014, p. 7/8).

Quanto aos loucos, conforme já explanado, desde o Renascimento já se ilustrava costumes de exclusão, como é exemplo a composição literária “*Narrenschiff*”, baseada na prática de entrega dos loucos a mercadores e marinheiros, que os transportava para cidades distantes ou peregrinas. Com a criação dos hospitais, a loucura assemelha-se à lepra, de modo que passa a ser temida: não querem mais afastá-la, mas trancá-la, assim como se fez com a lepra. Nesse sentido, para Foucault (2014, p. 43), nos hospitais “o internamento é uma seqüência do embarque”.

Assim, a insanidade passa a ser tão temida quanto a lepra, na medida em que não sendo retirada, poderá comprometer a ordem da sociedade burguesa em constituição. Deste modo a solução encontrada será silenciá-la: “porque a loucura, durante tanto tempo manifesta e loquaz (...) entra num tempo de silêncio do qual não sairá durante um longo período; é despojada de sua linguagem” (FOUCAULT. 1988, p. 79). Portanto, os loucos são encarcerados nos leprosários, mas não sozinhos; no local, serão reunidos os portadores de doenças venéreas, os mendigos, prostitutas, inválidos, criminosos, ou seja, todos aqueles elementos prejudiciais à ordem da comunidade.

Destarte, essas instituições não tinham finalidade de tratamento, mas de encarceramento, já que a loucura ainda não recebia o *status* de doença. Pelo contrário, nas palavras de Michel Foucault (1988, p. 79):

o internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos

Assim, essas novas instituições são criadas, inicialmente, com a finalidade de realizar uma espécie de “limpeza social”, haja vista que, com a reforma protestante, o ócio passa a ser condenado; inclusive, proíbe-se a prática de caridade, salvo através de instituições oficiais (CHERUBINI. 2006, p. 16). Ademais, com a

promoção da sociedade capitalista, iniciou-se a prática de trabalho forçado nos hospitais, como forma de manter os internos ocupados e aumentar a fabricação de produtos que, posteriormente, seriam expostos à venda por preços inferiores aos do mercado.

Na obra *Doença Mental e Psicologia* (1988), Foucault relata que esses hospitais exerciam também uma função de reorganização do espaço social, já que todos os indivíduos internados tinham a mesma característica: incapacidade de produzir (1988, p.79). Assim, durante essa “estadia conjunta”, que perdurou mais do que um século, os loucos conviveram com diversos indivíduos, como portadores de doenças venéreas, mendigos e muitos criminosos, criando laços de parentesco com o erro, pecado e o crime, de modo que o louco passou a ser visto também como criminoso: “não nos espantemos que se tenha desde o século XVIII descoberto uma espécie de filiação entre a loucura e todos os ‘crimes de amor’” (FOUCAULT. 1988, p. 80).

No entanto, as condições econômicas da época, os movimentos de denúncia contra internações arbitrárias, bem como a fúria de revoluções sociais contribuem para que todos os outros internos saiam dos hospitais, abandonando os loucos. Primeiramente, percebe-se que os pobres e mendigos possuem melhor aproveitamento na sociedade trabalhando para os ricos, já que o recolhimento destes nas instituições ocasiona um custo desnecessário para o Estado capitalista. Por outro lado, o louco, além de ser considerado improdutivo, gera excessivos gastos ao ser tratado nos hospitais; desta forma, o Estado, como medida de economia, entende que o insano deve ser tratado no âmbito familiar, e passa a disponibilizar assistência às famílias.

Ocorre que, nesse ponto, a classe social na qual o louco estiver inserido indiretamente determinará seu destino, haja vista que os tratamentos despendidos serão diferentes. Assim, os ricos, até mesmo para esconder da sociedade, passam a cuidar de seus parentes insanos dentro de suas residências, diretamente ou através terceiros contratados para tanto. Em sentido contrário, o problema é verificado quando os loucos pobres, restituídos à liberdade, não encontram respaldo de suas famílias, tornando-se perigosos para elas e todo o grupo social a sua volta.

Em vista disso, o Estado mantém esses locais para receber exclusivamente os loucos que não possuem assistência da família, tornando o internamento uma medida de caráter médico. Enganam-se, porém, os que acreditam

que esse cenário apresentou melhorias; pelo contrário, em que pesem as práticas exercidas nos asilos tenham se restringido apenas em torno do louco, estas consistiam em medidas de controle moral e social (FOUCAULT, 1988, p. 87). Segundo Foucault, ainda no Classicismo, permaneceu um hábito que havia se instalado desde a Idade Média, consistente na abertura de janelas com grades nos estabelecimentos, através das quais se permitia que a população, mediante pagamento, observasse o comportamento dos loucos, tal como ocorre num zoológico (FOUCAULT, 2014, p. 146), inclusive, estes eram mantidos em jaulas construídas no interior do local.

Portanto, a loucura, confinada entre paredes de exclusão, não recebe aparato médico ou legal, de modo que continua a ser explorada e ignorada em sua verdade. O louco, apesar de reconhecido doente, não é tratado como tal.

2.3 A "Loucura" como Doença Mental

Ao final do século XVIII, em virtude de denúncias contra tratamentos desumanos destinados aos doentes nos manicômios, bem como em razão das revoluções sociais que clamavam por reconhecimento e garantia de direitos, tem-se uma considerável mudança no campo do tratamento da loucura.

Assim, alguns nomes surgem instituindo uma reforma, que aos olhos da época foi de grande avanço no que diz respeito ao tratamento da loucura como doença mental; assim, William Tuke na Inglaterra, Wagnitz e Riel na Alemanha (FOUCAULT, 1988, p.81).

Na França Philippe Pinel (1745-1826), sob os ideais da Revolução Francesa - "liberdade", "igualdade" e "fraternidade" -, assume a direção do hospital Bicêtre, transformando-o no principal manicômio de acolhimento exclusivo dos insanos. À Pinel atribui-se a "libertação dos acorrentados", isto porque Pinel determinou a extinção das jaulas dos hospitais, na medida em que entendia que os loucos deveriam ser observados em liberdade, - pelo menos no interior dos hospitais -, e, a partir disso, serem tratados como seres humanos, de modo gentil, sem a utilização de violência. No entanto, salienta-se que Pinel não descartava a função disciplinadora e coercitiva que incumbia aos manicômios, tanto que Pinel iniciou o uso de imobilizações e a chamada "camisa-de-força" durante as crises de agitação e violência do doente.

Ademais, Pinel é considerado por muitos autores como o “pai da psiquiatria”, uma vez que considerou os seres humanos que sofrem distúrbios como doentes mentais, estabelecendo classificação dos casos de anomalias entre melancolias, manias sem delírio, manias com delírio e demências, considerada o marco inicial da loucura como patologia (CUNHA, 2004, p.90). A obra mais importante escrita por Pinel foi *"Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie"*.

Outro expoente que merece destaque nessa reforma é o psiquiatra e discípulo de Pinel, Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), o qual buscou distinguir perturbações orgânicas das perturbações de natureza psíquicas em: idiotia, demência, mania e monomanias (PACHECO. 2003, p.154). Esquirol entendia que o isolamento do doente mental era de fundamental importância para seu tratamento, tanto que apresenta cinco razões para justificar o internamento: a) garantir a segurança do próprio louco e de sua família, b) afastar o louco de influências externas, c) vencer suas resistências pessoais, d) submeter o louco a regime e cuidados médicos, e) impor-lhes hábitos intelectuais e morais (FOUCAULT. 1979, p.126 apud AMARANTE. 1996, p. 48).

Assim, segundo a classificação de Pessoti, as propostas de Pinel se adequam ao modelo psicológico da loucura (CHERUBINI, 2006, p.22), no qual o tratamento consistiria em contrapor a atitude desviante com uma repressão moral visando tratar os excessos e amenizar seus delírios, tais como privações de liberdade, privações alimentares, e duchas frias, além de imposição de hábito de condutas morais, para que o louco aprendesse a respeitar as normas sociais. Destaca-se que, embora absurdas na atualidade, as teorias estabelecidas por Pinel e Esquirol foram avaliadas como avançadas para a época, de modo que nem sempre foram aceitas na prática dos hospitais, os quais atuavam criando uma releitura do modelo, deturpando-o.

Nesse sentido, Michel Foucault (1988, p.82/83) revela que:

Estes tratamentos não eram nem psicológicos nem físicos: eram ambos ao mesmo tempo. (...) submetia-se o doente à ducha ou ao banho para refrescar seus próprios espíritos ou suas fibras; era injetado sangue fresco para renovar sua circulação perturbada; procurava-se provocar nele impressões vivas para modificar o curso de sua imaginação. (...) A ducha não refrescava mais, punia (...) havia também inventado uma máquina rotatória onde se colocava o doente a fim de que o curso de seus espíritos demasiado fixo numa idéia delirante fosse recolocado em movimento e reencontrasse seus circuitos naturais

No final do século XIX, ocorre a denominada Segunda Revolução Psiquiátrica, marcada pela união da psicologia à psiquiatria. Um dos principais representantes dessa reforma foi Wilhelm Griesinger (1817-1868) que, através de seus estudos, formulou a célebre frase “doenças mentais são doenças cerebrais” (J. Landeira-Fernandez e Elie Cheniaux, 2010, p.33), reafirmando à loucura o caráter de doença mental, bem como propondo reformas na psiquiatria alemã, no sentido de encurtar a internação através da criação de sistema de apoio familiar.

Consoante Marlene Braz e Fermin Roland Schramm (2011, p. 2037), nessa mesma época, outros expoentes marcam a reforma, dentre os quais, Emil Kraepelin (1856-1926) e Sigmund Freud (1856-1939). Com efeito, Kraepelin foi o responsável pela sistematização da psiquiatria ao torná-la uma especialidade da medicina, além de estabelecer importante classificação das doenças mentais em: demência precoce (esquizofrenia), psicose maníaco-depressiva (transtornos de humor) e parafrenia.

Por outro lado, inicialmente influenciado pelas ideias do neurologista Jean Martin Charcot, Freud aplica o método de hipnose nos pacientes histéricos como tratamento, visando induzir o doente a recuperar suas memórias traumáticas que estariam relacionadas à histeria; contudo, posteriormente acaba substituindo a hipnose por métodos livres, expandindo as bases da psiquiatria por acrescentar à percepção científica fisiológica (dominante na época) os fatores psicológicos e socioculturais para melhor análise e tratamento das doenças mentais, marcando o nascimento da psicanálise (LANDEIRA-FERNANDEZ E CHENIAUX, 2010, p.34).

Por relevante, cumpre salientar que, apesar do avanço na área da saúde mental, medidas cruéis e punições físicas continuaram sendo empregadas nos hospitais psiquiátricos a pretexto de tratamento, tais como lobotomia, duchas frias, eletrochoque e eletroconvulsoterapia (aperfeiçoado e utilizado nos dias atuais); as quais, aos poucos, passaram a ser substituídas ou equilibradas com o uso de medicamentos antipsicóticos, como a clorpromazina (FROTA LH., 2003 apud BRAZ E SCHRAMM 2011, p. 2037), introduzindo a chamada “Revolução psicofarmacológica” em 1952, na França.

Por fim, a terceira revolução no campo da psiquiatria ocorre na Itália em 1960 com o psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), o qual teve grande influência no Brasil e, conforme veremos, embasou a legislação que desencadeou a reforma psiquiátrica no Brasil.

2.4 As Instituições Psiquiátricas no Brasil

No Brasil, o contexto do nascimento das instituições psiquiátricas e o tratamento destinado aos internos também não foi diferente, já que basicamente houve a reprodução das práticas de segregação verificadas na Europa.

A propósito, antes da chegada da família real, em 1808, não havia qualquer tipo de assistência estatal aos alienados, de modo que os integrantes de famílias ricas ou eram tratados em suas residências, ou enviados à Europa para internação. Por outro lado, os pobres, quando não tinham assistência de suas famílias, perambulavam pelas ruas, se viam recolhidos nas Santas Casas de Misericórdia ou nas cadeias, junto com os criminosos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ, s.a, s.p).

Nessa época, as Santas Casas de Misericórdia eram mantidas pela Igreja Católica, sendo instaladas em Olinda (1539), em seguida em Santos (1543), São Paulo (1560) e Rio de Janeiro (1582). Em 1808, com a transferência da família real para o Rio de Janeiro, houve a implementação de assistência aos doentes mentais na referida cidade, já que a mãe de D. João Pedro VI era acometida de transtornos mentais (LANDEIRA-FERNANDEZ E CHENIAUX, 2010, p.39).

Deste modo, a superlotação das Casas de Misericórdia existentes, somada à demanda e protestos derivados da instalação da burguesia na Capital Carioca, fez-se necessária a criação de um estabelecimento, que deveria ser:

[...] construído fora das grandes povoações e cidades, num local plano e elevado, e disposto de modo que o ar possa renovar-se facilmente. Deve oferecer separações distintas e suficientes para que os doentes turbulentos e furiosos estejam separados dos tranqüilos, os que se acham em tratamento dos insanáveis, os convalescentes de todos os outros; e finalmente os epilépticos, ou os que padecem de alguma moléstia acidental que possa ser danosa aos outros, devem ser separados cuidadosamente. (ELIA, 1996, p. 8 apud FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ, "Hospício de Pedro II")

Assim, o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil recebeu o nome de "Hospício D. Pedro II", sendo instalado no Rio de Janeiro e anexado à Santa Casa de Misericórdia por determinação do Decreto nº 82 de 18 de julho de 1841. Em 1852 o hospital abriu suas portas especificadamente para os alienados, começando suas atividades com 144 pacientes, mas com capacidade para receber 350 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ, s.a, s.p).

Em 1890, um ano após a proclamação da República pelo Marechal Deodoro da Fonseca e com a separação do Estado e Igreja, o Hospício D. Pedro II é desvinculado da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e transferido ao controle do Governo Federal; alterando-se o nome da instituição para “Hospício Nacional de Alienados”.

Merece destaque a figura do médico psiquiatra Juliano Moreira, o qual atuou como diretor do Hospício Nacional dos Alienados e, inspirado pela teoria de Pinel, introduziu práticas humanistas na instituição através do chamado “tratamento moral”, propondo novas formas de terapias ocupacionais, como trabalho agrícola, objetivando curar os pacientes, motivo pelo qual é considerado um dos pioneiros da psiquiatria no Brasil. A proposta foi tão bem aceita que logo foram construídas mais duas instalações nas zonas rurais do Rio de Janeiro, as quais foram denominadas “Colônias” São Bento, Conde de Mesquita (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ, s.a, s.p) e Colônia Juliano Moreira, nas quais se acolhia especialmente alienados indigentes e aplicava-se trabalho agrícola como forma de recuperação.

Ocorre que, devido à precariedade das condições de atendimento, esse modelo de hospital foi desviando sua finalidade de tratamento e, tal como ocorreu nos hospitais da Europa, passou a servir de depósito do “lixo da sociedade”, acolhendo-se os mais diversos tipos de pessoas, ocasionando superlotação.

Assim, com olhar voltado à contenção do louco visando prestigiar a ordem social, tem-se a expansão dos manicômios de tal modo que, se em 1852 não havia pessoas internadas, em 1950 somavam 24.234; em 1955 foi a 34.550 e, em 1960 chegou a 49.173, no interior de 54 hospitais públicos e 81 privados em 1961, avançando em 72 públicos e 269 privados com 80.000 leitos em 1971 e, em 1981, eram 73 públicos e 357 privados, chegando a 100.000 leitos (CUNHA. 2004, p. 93).

Nesse ínterim, percebe-se que do mesmo modo como ocorreu nas instituições da Europa, os hospícios brasileiros perdem, aos poucos, sua finalidade de tratamento e se transformam em armazéns de pessoas, uma vez que ao ingressar nesses estabelecimentos não haveria expectativa de alta, ocasionando a superlotação e condições desumanas de estadia.

Portanto, tem-se no Brasil um histórico de uma cultura estritamente excludente das minorias; e, mais, essa cultura por muito tempo teve respaldo Estatal, considerando que até a criação da “Constituição Cidadã” de 1988, o Brasil passou por

diversos regimes políticos ditatoriais e Constituições Federais patrimonialistas, em sua maioria, de caráter autoritário ou sem eficácia dos poucos direitos fundamentais e sociais previstos, de modo que as instituições passaram a servir como instrumento de mercantilização do sofrimento (CUNHA, 2004, p. 95) e segregação de minorias, inclusive os doentes mentais, os quais foram despidos de suas personalidades e cidadania.

Deste modo, o Estado e toda comunidade exclui porque se veem aliviados com o confinamento da diferença, com a segregação do doente, de modo que a instituição psiquiátrica aparece como solução imediata do “problema”. Nesse sentido, Michel Foucault (1988, p.74) reflete que “nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente”.

Assim, por muitos e muitos anos, tanto a ação discriminatória como o “fechar dos olhos” do Estado e de toda sociedade legitimou uma espécie de pena de morte, prisão perpétua e a tortura de milhares de doentes mentais inocentes, os quais, ao serem internados em hospícios de condições extremamente precárias, foram relegados à própria sorte, sem perspectiva de alta, e, ainda, transformados em objeto de experimentos científicos extremamente dolorosos, ocasionando suas mortes.

2.5 “O Holocausto Brasileiro”

“Holocausto Brasileiro” foi o nome acertadamente escolhido pela repórter e escritora Daniela Arbex para a sua obra publicada em 2013. Isto porque rememora a tragédia praticada no interior do maior hospício brasileiro, conhecido como “Hospital Colônia” de Barbacena (MG), entre as décadas de 1930 e 1980, no qual se fez mais de 60 mil vítimas. Nessa esteira, pelas palavras introdutórias de Eliane Brum:

[...] Holocausto é uma palavra assim. Em geral, soa como exagero quando aplicada a algo além do assassinato em massa dos judeus pelos nazistas na Segunda Guerra. Neste livro, porém, seu uso é preciso. Terrivelmente preciso. Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham, sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. (2013 p.13/14)

Assim, o livro tem início com a experiência do primeiro dia de Marlene Laureano no Hospital Colônia, contratada como atendente psiquiátrica, a qual, ao adentrar no prédio é surpreendida com um péssimo odor e se depara com “duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rastejavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundice do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão” (ARBEX, 2013, p.23). No campo de concentração chamado Colônia, as vítimas eram internadas a força, tanto por ato da família, como determinação do Estado, passando a dormir no chão, submetidas a fome, frio e doenças. Portanto, não havia critérios médicos para a internação no local, sequer finalidade curativa, “o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos, e todos tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos” (ARBEX. 2013, p.26).

Deste modo, os pacientes embarcavam nos “trens de doido”¹ com destino aos piores dias de suas vidas, para se juntarem com outras milhares de pessoas, num espaço que já não cabia mais pacientes; no entanto, “a intenção era clara: economizar espaço nos pavilhões para caber mais e mais infelizes [...] Em 1930, com a superlotação da unidade [...] trinta anos depois, existiam 5 mil pacientes em local projetado inicialmente para 200” (ARBEX. 2013, p. 26). Não bastasse, com a morte dos pacientes, seus cadáveres eram vendidos para as faculdades de medicina (ARBEX. 2013, p. 74/75) sem a comunicação ou autorização da família, com a evidente comercialização do sofrimento.

Tamanha barbárie, que após algumas reportagens nacionais, o caso tomou repercussão internacional. Em 1979, Franco Basaglia, psiquiatra italiano e precursor da luta antimanicomial, esteve no Brasil e após conhecer o Hospital Colônia, convidou a imprensa e afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”. (ARBEX, 2013, p. 15).

A tragédia praticada no Hospital Colônia, apesar da grande repercussão tardia, foi apenas um caso específico dentre os diversos hospitais instalados em todo território brasileiro, nos quais havia a repetição das técnicas utilizadas. No entanto, cumpre esclarecer que toda a ênfase sobre as informações do livro “Holocausto

¹ Expressão criada pelo escritor Guimarães Rosa no Conto “Sorôco, sua mãe, sua filha”, do livro “Primeiras Estórias” (1962) e utilizada no livro “Holocausto Manicomial” da autora Daniela Arbex (2013, p.26/28).

Brasileiro”, tem importância na medida em que durante tantos anos as vítimas foram silenciadas. A obra resgata a história de milhares de pessoas abandonadas à própria sorte. Foram sessenta mil mortes em cinco décadas apenas no interior de um hospital brasileiro. Sessenta mil mortes que carregaremos como dívida histórica, consequência de um preconceito alimentado ao longo dos séculos e ainda não superado. Consequência da nossa omissão, por entendermos que o problema não é nosso. Mas, afinal, qual o preço da nossa indiferença?

2.6 Corte Interamericana de Direitos Humanos: Caso Damião Ximenes Lopes V. Brasil

As transgressões de direitos humanos no Brasil dentro das instituições psiquiátricas foram tão absurdas que repercutiram em nível internacional, resultando na primeira condenação do Estado Brasileiro pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) com a sentença prolatada em de 4 de julho de 2006, no caso Ximenes Lopes Vs. Brasil.

Com efeito, a Corte Interamericana compõe o Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos. Trata-se de órgão judicial autônomo, de competência contenciosa e consultiva, com vistas a aplicar e interpretar a Convenção Americana de Direitos Humanos – CADH (Pacto de San José da Costa Rica) e outros tratados de Direitos Humanos frente a Estados que fazem parte da aludida Convenção e que reconheceram a cláusula facultativa de jurisdição obrigatória da Corte.

O Brasil ratificou a Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH) em 25 de setembro de 1992 e reconheceu a competência contenciosa da Corte em 10 de dezembro de 1998, tendo, pois, com fulcro no art. 62.3, competência para analisar o litígio.

Destaque-se que, nos termos do art. 61.1 da Convenção, pessoas não possuem legitimidade para peticionar direto à Corte, mas tão somente Estados partes e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, bem como é necessário o esgotamento prévio da jurisdição interna, ressalvadas as hipóteses do item 2. alíneas a, b e c do art. 46 da referida Convenção, a exemplo da demora injustificada na decisão da jurisdição interna.

No caso em tela, Damião Ximenes Lopes, 30 anos, pessoa com doença mental, foi internado em 1º de outubro de 1999 para tratamento de saúde na instituição psiquiátrica privada vinculada ao SUS, denominada Casa de Repouso de Guararapes, em Sobral/CE. Contudo, durante sua estadia, Damião foi vítima de agressões, contenção física (foi amarrado com as mãos para trás) e omissão médica, vindo a óbito no dia 4 de outubro do mesmo ano.

A causa da morte foi tida pelos médicos como “morte natural, parada cardiorrespiratória” e a necropsia concluiu que se tratava de “morte indeterminada”, todavia, diante das condições que a vítima fora encontrada, a família não acreditou no resultado do laudo e relataram os fatos na Delegacia de Polícia de Sobral e após à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa.

Em 22 de novembro de 1999, Irene Ximenes Lopes apresentou denúncia nº 12.237 perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos contra o Brasil, que foi submetida à Corte em 1º de outubro de 2004, uma vez que o Brasil não atendeu às recomendações da Comissão.

Em exposição aos fundamentos da sentença, a Corte destacou o dever dos Estados em fiscalizar os serviços de Saúde, inclusive aqueles fornecidos por particulares, uma vez que atuam de forma complementar e vinculada ao SUS:

99. Por todas as considerações anteriores, a Corte julga que os Estados são responsáveis por regulamentar e fiscalizar em caráter permanente a prestação dos serviços e a execução dos programas nacionais relativos à consecução de uma prestação de serviços de saúde pública de qualidade, de tal maneira que dissuada qualquer ameaça ao direito à vida e à integridade física das pessoas submetidas a tratamento de saúde. Devem, *inter alia*, criar mecanismos adequados para inspecionar as instituições psiquiátricas, apresentar, investigar e solucionar queixas e estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados para casos de conduta profissional indevida ou de violação dos direitos dos pacientes. (CIDH. Corte Interamericana de Direitos Humanos. Ximenes Lopes v. Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006, p. 27)

Ademais, também salientou a necessária proteção especial dos Estados em face das pessoas em condições de maior vulnerabilidade, adotando medidas positivas para garantia de seus direitos:

103. A Corte Interamericana considera que toda pessoa que se encontre em situação de vulnerabilidade é titular de uma proteção especial, em virtude dos deveres especiais cujo cumprimento por parte do Estado é necessário para atender às obrigações gerais de respeito e garantia dos direitos humanos. A Corte reitera que não basta que os Estados se abstenham de violar os

direitos, mas que é imperativa a adoção de medidas positivas, determináveis em função das necessidades particulares de proteção do sujeito de direito, seja por sua condição pessoal, seja pela situação específica em que se encontra, como a deficiência. (CIDH. Corte Interamericana de Direitos Humanos. Ximenes Lopes v. Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006, p.28)

Deste modo, reconheceu que as pessoas com transtornos mentais são vulneráveis, condição esta que pode ser agravada devido ao “alto grau de intimidade que caracteriza o tratamento das doenças psiquiátricas, que torna essas pessoas mais suscetíveis a tratamentos abusivos quando submetidas à internação” (CIDH. Ximenes Lopes v. Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006, par. 106, p. 29). Outrossim, destacou que apesar de vulneráveis, a doença mental, por si só, não remete à incapacidade, de modo que devem ter suas vontades atendidas e o tratamento de saúde despendido deve sempre primar pelo bem-estar e dignidade do paciente.

Por fim, apesar de reconhecer algumas medidas que o Brasil realizou entre o protocolo da denúncia à Comissão até a data da sentença, como a aprovação da Lei 10.216/01 e criação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos, a Corte Interamericana declarou a responsabilidade internacional do Brasil pela violação dos direitos assegurados pela Convenção Americana de Direitos Humanos, tais como a vida (art. 4), integridade (art. 5), garantias e proteções judiciais (art. 8 e 25) e condenou o Estado à reparação de danos materiais, imateriais e obrigação de investigar os fatos, publicação da sentença e desenvolvimento de programas de capacitação para equipe profissional vinculadas ao atendimento em saúde mental.

3 A LUTA ANTIMANICOMIAL COMO DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a instituição de órgãos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (1945), Organização dos Estados Americanos (1948) e a Corte Interamericana de Direitos Humanos (1979), surge a proteção internacional dos direitos fundamentais do homem.

Sob os ideais revolucionários de valorização do ser humano e sua dignidade, tem-se o início de frequentes denúncias por violações de direitos humanos em toda parte do mundo, inclusive em relação às práticas exercidas no interior dos hospitais psiquiátricos. À luta relacionada aos direitos dos doentes mentais denominou-se “Movimento Antimanicomial” ou “Antipsiquiátrico”.

3.1 Franco Basaglia e a “Psiquiatria Democrática”

O movimento antimanicomial da Itália ganhou força na década de 1960 com o médico psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), o qual em sua jornada promoveu diversas alterações no campo da psiquiatria, apresentando novos métodos de tratamento na área da saúde mental. Basaglia tornou-se um grande ícone na luta antimanicomial, haja vista que se posicionava contrário ao modelo de construção da doença mental pela psiquiatria clássica, tida como instituição de controle social e exclusão do doente.

Com efeito, ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia em 1961, abalado com a realidade do manicômio, Franco Basaglia estudou novas experiências de reforma psiquiátrica e deu início a uma série de mudanças visando a melhoria no âmbito intra-hospitalar com a adoção de práticas terapêuticas alternativas, de modo a transformá-lo em “hospital de cura” (BASAGLIA, 1981:255 apud AMARANTE, 1996, p.68).

No desempenhar suas funções no Hospital de Gorizia, Basaglia verificou que somente a psiquiatria não era capaz de tratar a questão da doença mental, e concluiu que a institucionalização poderia agravar o quadro clínico do paciente, uma vez que a internação trazia repercussões além da doença propriamente dita, como o a desaculturação. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que o indivíduo era isolado da sociedade, no interior dos manicômios, aos poucos ele também acabaria

se distanciando de sua personalidade e cultura, tornando-se apenas mais um alienado dentre outros iguais. Portanto, para Basaglia:

[...] a psiquiatria clássica de fato está limitada à definição das síndromes nas quais o doente, extraído de sua realidade e retirado do contexto social em que se vive, vem etiquetado, 'constrangido' a aderir uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica (apud AMARANTE, 1996, p. 70)

Nesse sentido, Basaglia propõe realizar uma inversão no ponto de estudo científico, colocando a enfermidade “entre parênteses”, de modo a tornar o paciente como protagonista, assim como tudo aquilo que influenciou na construção da doença; o que não significaria ignorar a existência desta, conforme adverte Amarante (1996, p. 79).

Na obra “O Homem e a Serpente” (1996), o referido autor destaca que a proposta de Basaglia possibilitaria não apenas a análise do doente, mas o “duplo da doença mental” causado pela reclusão do sujeito; sendo, pois

algo que se sobrepõe à doença, que surge como consequência do processo de institucionalização, que homogeneiza, objetiva e serializa (no sentido proposto por Sartre) a todos aqueles que entram na instituição. Nesta, é constituído um conjunto de formas de lidar, olhar, sentir o internado, com base naquilo que se supõe ser o louco e sua loucura. Assim, “por duplo da doença mental” é entendido tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do internado: é a face institucional da doença mental, construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber. São formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual edificam-se uma série de “pré-conceitos” científicos, fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental (AMARANTE, 1996, pág. 80)

Destarte, estando convencido de que a institucionalização acarreta mais prejuízos do que benesses aos pacientes, Basaglia efetuou mudanças progressivas visando a desinstitucionalização dos internos, transformando o hospital psiquiátrico de Gorizia em comunidade terapêutica, e os internos em hóspedes.

No entanto, a proposta revolucionária de desinstitucionalização não foi concretizada em Gorizia; a partir de 1970, quando foi nomeado diretor do Hospital Provincial em Trieste, Basaglia iniciou a substituição do modelo asilar do hospital por uma rede aberta de tratamento, composta por serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral e residências terapêutica, possibilitando,

finalmente, o fechamento do hospital. A essa reforma denominou-se “Psiquiatria Democrática”.

O Serviço de Psiquiatria implantado por Basaglia foi, em 1973, considerado pela Organização Mundial de Saúde como referência mundial para reformulação do modelo de assistência à saúde mental e contribuiu para aprovação da Lei nº 180 sobre a Reforma Psiquiátrica Italiana, a qual ficou conhecida como “Lei Basaglia”.

Desta maneira, a reforma psiquiátrica italiana é tida como referencial para reformas na psiquiatria em todo mundo e ainda inspira a luta atual no campo da saúde mental no Brasil. Conforme veremos adiante, o modelo de assistência mental instituído por Basaglia, bem como a Lei nº 180 serviram de base para o modelo humanitário que se pretende instalar por definitivo no território brasileiro.

3.2 O Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil

A partir do golpe de 1964, o Brasil enfrentou duas décadas de regime militar, caracterizadas, sobretudo, por graves episódios de censura e violação de direitos humanos. Especialmente nos anos 1970, sob a égide do Ato Institucional nº 5 (AI-5) e, apoiado nos ideais de intolerância, o governo militar realizava e legitimava a prática de atrocidades contra forças da oposição, de modo que as denúncias de violação de direitos humanos atingem o auge.

Ademais, entre 1966 e 1974 priorizando a expansão industrial, exportações, mercado interno, atividade agrária e grandes empréstimos externos, o Brasil se torna a oitava maior economia do mundo, no episódio denominado “milagre brasileiro”. Contudo, se por um lado havia um crescimento econômico do país no âmbito internacional, aumentava-se a desigualdade social entre os nacionais, na medida em que o governo deixou de investir em serviços sociais, como exemplo a saúde.

Nesse ínterim, em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (Decreto nº 72) e em 1977, com a Lei nº 6.439 têm-se a inauguração do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), autarquia federal vinculada à Previdência Social. O INAMPS, por seu modelo assistencial-privatista, tinha como atribuição prestar serviços de saúde aos trabalhadores com vínculo empregatício formal e aos contribuintes autônomos da Previdência Social; contudo,

tais serviços eram contratados das empresas de iniciativa privada e pagos com os recursos originários da Previdência (MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p.21).

À vista disso, paralelamente à onda de privatização, houve grande aumento na criação de hospitais psiquiátricos e “clínicas de repouso” de natureza privada e complementar, as quais passaram a serem utilizadas como instrumento de “fabricação da loucura” (CORREIA, s.a., p. 84) – através de celebração de convênios com o INAMPS – além de exercerem, de certa forma, o controle social, haja vista que durante toda ditadura as internações ocorriam de forma arbitrária, inclusive de indivíduos sadios, primando a satisfação da “verdadeira clientela” (CUNHA, 2004, p.96) à boa qualidade de tratamento do paciente. Nesse sentido, Luiz Cerqueira destaca que:

A empresa de saúde sempre viu o lucro e só o lucro. Não nos iludamos, porque esse é o seu papel. Não pode ver a saúde sob outro prisma. Em psiquiatria já tem o monopólio da assistência curativa individual através do leito hospitalar exatamente por ser a opção mais rendosa. Para ampliar tal monopólio, usa de todos os meios historicamente empregados pelo capitalismo selvagem (CERQUEIRA, 1984, p.226 apud YASUI, 2006, p.28)

Assim, com indignação acerca da arbitrariedade, violência e mercantilização da loucura promovida pelos hospitais psiquiátricos brasileiros, surgem movimentos de profissionais da saúde em reação ao governo, juntamente com outros manifestos pela redemocratização do país.

A priori, destaca-se que o movimento antimanicomial compõe uma luta mais ampla: da reforma sanitária brasileira, haja vista a precariedade e restrição dos serviços de saúde pública da época. Deste modo, inicialmente a reivindicação consiste no aumento de investimentos públicos na área da saúde e saúde mental, com a ampliação do quadro de funcionários e melhoria nas condições de trabalho.

Portanto, em 1970, insatisfeitos com omissão estatal, reúnem-se diversos profissionais dos sindicatos dos Psicólogos, Enfermeiros e Assistentes Sociais, formando o “Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental” objetivando fortalecer a luta pelos direitos dos doentes mentais.

Salienta-se que, de início, não foram os pacientes protagonistas da luta, mas os profissionais da saúde que os atendiam, na medida em que aqueles “não tinham acesso a qualquer posse de si próprios, a qualquer construção coletiva;

nenhum projeto de futuro, nenhum acesso à decisão, nenhuma chance de tomar a palavra” (LOBOSQUE, 2001, p.24 apud CORREIA, s.a., p. 87). Isto porque, desde a inauguração do primeiro hospício brasileiro, “D. Pedro II”, em 1852 até meados de 1970, o Brasil primou estritamente por oferecer serviços de saúde mental em hospitais psiquiátricos, nos quais muitas das internações eram, no mínimo, questionáveis. A esse tipo de modelo asilar, Erving Goffman na obra “Manicômios, Prisões e Conventos” usou chamar de “Instituição Total”, a qual, segundo ele, atua como “estufas para mudar pessoas” (2010, p. 22), uma vez que

[...] a partir da admissão ocorre uma espécie de exposição contaminadora. No mundo externo, o indivíduo pode manter objetos que se ligam aos seus sentimentos do eu – por exemplo, seu corpo, suas ações imediatas, seus pensamentos e alguns de seus bens – fora de contato com coisas estranhas e contaminadoras. No entanto, nas instituições totais esses territórios do eu são violados; a fronteira que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente é invadida e as encarnações do eu são profanadas. (GOFFMAN, 2010, p. 31)

A reflexão destacada acima é bem ilustrada no filme brasileiro “O bicho de sete cabeças” reproduzido pela primeira vez em 22 de junho de 2001, como denúncia às péssimas condições de assistência psiquiátrica nos hospitais brasileiros e consequências resultantes da internação indevida. Com efeito, o filme relata a história do personagem Neto (Rodrigo Santoro), o qual, após ser internado em uma clínica psiquiátrica pelos pais por usar maconha, é indevidamente diagnosticado com dependência química e passa forçadamente a tomar medicamentos que aos poucos vão piorando sua saúde, criando alucinações e outros sintomas, sendo punido com aplicação de injeções (“sossega leão”) e eletrochoque na cabeça ao reagir às agressões sofridas (LANDEIRA-FERNANDEZ & CHENIAUX, 2010, p. 40/41). A obra cinematográfica ainda denuncia a questão da mercantilização da loucura, ao exibir a corrupção no interior dos hospitais psiquiátricos que, apesar de lotados, recebiam mais e mais pacientes a título de repasse financeiro do governo.

Nesse ínterim, cabe destacar o importante papel de Nise da Silveira (1905-1999) como inspiração na Luta Antimanicomial no Brasil, haja vista sua postura repressiva às formas agressivas da época. Com efeito, Nise da Silveira atuou instituindo práticas terapêuticas humanitárias no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II como forma alternativa de tratamento, a exemplo da arte e cuidado com animais domésticos. Ademais, criou uma clínica chamada Casa das Palmeiras, voltada ao

tratamento e ressocialização dos antigos pacientes das instituições psiquiátricas, servindo de referência ao modelo de tratamento psiquiátrico buscado pela Reforma Psiquiátrica. O trabalho de Nise da Silveira resultou em diversas obras, tal como o “Museu de imagens do inconsciente” (1952) e possui reconhecimento internacional, tendo sua história representada no filme “Nise – O coração da Loucura” (2015).

Destarte, no fim dos anos 1970 com a realização de diversos Congressos e Simpósios de Psiquiatria no Brasil, compareceram importantes nomes de agentes revolucionários no campo da saúde mental, como Franco Basaglia, trazendo os ideais da Psiquiatria Democrática instituída na Itália (YASUI, 2006, p. 30/31).

À vista disso, contagiados pelas reflexões e ideologias trazidas por Basaglia, em 1978 médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) – órgão ligado ao Ministério da Saúde – realizaram uma greve como forma de reação à péssimas condições dos hospitais psiquiátricos, fortalecendo o Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (YASUI, 2006, p. 31).

Outrossim, na década de oitenta, os últimos anos do regime militar foram marcados por um colapso financeiro mundial, de modo que o Brasil começa a entrar em declínio econômico, com alta taxa de juros internos, dívida externa e crise financeira do sistema Previdenciário, ocasionando mais uma grave insatisfação popular. Concomitantemente, os movimentos críticos ao sistema de saúde brasileiro ganham voz a fim de instituir uma Reforma Sanitária.

Diante disso, em 1981 o governo federal cria um Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) composto por representantes governamentais e profissionais da saúde, culminando com a estruturação do Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, que teve por objetivo a “melhoria da qualidade dos serviços e a reversão do modelo assistencial privatizante, com a descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da população” (YASUI, 2006, p.34), bem como a criação do Projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS) possibilitando o repasse financeiro de recursos da União para os Estados e Municípios, a fim de instituir programas de saúde.

Já em 1986, houve a VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de diversos setores e profissionais da saúde – exceto os da iniciativa privada (YASUI, 2006, p.35) – na qual foram levantadas propostas políticas

e principiológicas que resultaram na criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) (MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p.22).

Nesse cenário, o fortalecimento das bases da Reforma Sanitária foi de suma importância para a caminhada em direção à Reforma Psiquiátrica, de modo que nos anos subsequentes foram realizados o I e o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, sendo o último sediado na cidade de Bauru/SP, no qual se estabeleceu o “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”, sob o lema “por uma sociedade sem Manicômios”. Nesse sentido:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O Manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão deste tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, à saúde, justiça e melhores condições de vida (Manifesto de Bauru apud YASUI, 2006, p. 40)

Com efeito, ao denunciar as péssimas condições de tratamento dispensadas nos hospitais psiquiátricos, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial “congrega e articula pessoas, trabalhos e lugares” (YASUI, 2006, p.41) visando instituir uma rede aberta de atenção psicossocial, capaz de garantir tratamento digno aos usuários.

Aliás, percebe-se que, embora tenha como lema o fim dos manicômios, a Luta Antimanicomial não se esgota com a simples extinção dos hospitais psiquiátricos. Enquanto movimento social, a luta antimanicomial atuou em defesa dos mentalmente enfermos; e, ao lado do Movimento pela Reforma Sanitária, constituíram importantes fatores pela redemocratização do país e garantia dos direitos fundamentais dessa classe historicamente oprimida. Nessa esteira, Ludmila Cerqueira Correia aponta que o Movimento Antimanicomial

[...] tem contribuído para o fortalecimento das lutas pela promoção, garantia e defesa de direitos, e, produzido condições para a participação dos seus integrantes nos processos decisórios acerca de tais direitos. Nesse sentido, luta pela conquista de uma cidadania plena, emancipada. Uma cidadania que

se alcança com competência tanto para tematizar a impropriedade das formas de exclusão da pessoa com transtorno mental, quanto para decidir sobre questões que afetam a sua vida. Assim, defende a criação e o aprimoramento das legislações que assegurem às pessoas com transtorno mental a plena condição de sujeitos de direitos (CORREIA, s.a., p. 93)

Conforme será demonstrado, em que pese não se tenha obtido resultados imediatos quanto a extinção dos manicômios, o Movimento Antimanicomial possibilitou uma série de conquistas e mudanças no campo da saúde mental, a exemplo da Lei nº 10.216/2001 que consolidou a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

4 O DIREITO

O que é o Direito?

O Direito, enquanto vocábulo, provém do latim “*directum*” ou “*jus*”, que significa “reto”, “de acordo com a lei”; ou, simplesmente, “aquilo que não é torto ou contrário a lei”. De outra banda, mais que simples terminologia, o Direito constitui uma ciência que “tem por objeto o estudo das normas jurídicas” (NADER, 2014, p. 251). Entretanto, apesar de constituir ciência complexa, o Direito quase sempre é reduzido a instrumento burocrático de controle social, através das leis.

Destarte, em que pese também exerça função de controle social, notadamente por representar a soberania estatal de impor limites às condutas de seus nacionais, seja pela imposição de obrigações ou sanções (dimensão objetiva); o Direito tem por finalidade precípua manter a paz e harmonia dos cidadãos de determinada sociedade, estabelecendo regras de condutas, de acordo com as transformações sociais. No entanto, conforme destacam Friedman e Ladinsky (2002, p. 203) pouco se mostra a relevância do Direito ou das instituições legais para a mudança social. Assim, destaca-se que muito mais que instrumento de dominação, o Direito, representa instrumento de justiça para efetivação de direitos.

Com efeito, recorrendo novamente às palavras de Friedman e Ladinsky (2002, p. 206):

De maior significância é o papel positivo que desempenha o Direito no logro de prioridades sociais. Nas democracias modernas, as regras e instituições legais são um ingrediente essencial da mudança social dirigida; são a força e autoridade da nação em sua tarefa sem fim de estímulo, atribuição e reatribuição de recursos físicos e sociais (saúde, destreza, bem-estar, conhecimento, status) aos setores econômicos e aos estratos sociais da sociedade

Portanto, o Direito se revela como agente de transformação social e acesso à justiça, na medida em que garante a exigibilidade do direito a quem o possui (dimensão subjetiva), através de dispositivos legais. Não obstante, imperativo destacar que o Direito, *per si*, não é suficiente para promover uma mudança social²,

² Nesse sentido, Friedman e Ladinsky, no livro “Sociologia e Direito: textos básicos para disciplina de sociologia jurídica” traçam uma distinção entre “mudança no Direito” e “mudança através do direito”, delineando que a mudança no Direito constitui uma mudança puramente legal, formal ou interna, alcançando no máximo as partes imediatas; já a mudança *através* do Direito consiste na mudança no Direito que conduz à mudanças nos moldes de comportamento social (2002, p. 207).

posto que atua em resposta ao clamor da sociedade, regulamentando mudanças que ocorreriam independentemente das leis. É o que se verifica no caso da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Conforme explanado nos capítulos anteriores, diante da série de violações a direitos humanos no interior dos hospitais psiquiátricos, emergiu o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial em revolta ao Estado e apelo em favor das vítimas, que desencadeou a criação da Lei nº 10.216/2001, na mais clara demonstração da “Teoria Tridimensional do Direito”, de Miguel Reale (fato-valor-norma).

Com efeito, a Teoria Tridimensional do Direito apresentada pelo jusfilósofo brasileiro Miguel Reale, é considerada um marco na Filosofia do Direito latino-americana e consiste na análise simultânea do fenômeno jurídico como resultado da interação dinâmica entre três fatores: fato (experiência, acontecimento real), valor (moral do direito) e norma (lei, regulamentações impostas). Assim, nas palavras do autor, “o Direito é uma integração normativa de fatos segundo valores” (REALE, 2010, p. 97).

Deste modo, a mobilização dos profissionais de saúde na Luta Antimanicomial foi de extrema importância para a criação da Lei nº 10.216/2001 e, como veremos adiante, a atuação desses profissionais continua sendo crucial para a efetivação da norma, reafirmando a importância da conjugação das diversas áreas do conhecimento para melhor proteção dos direitos humanos e acesso à justiça a essa parcela tão vulnerável. Nesse sentido:

[...] Essa indagação fundamental que já produz inquietação em muitos advogados, juízes e juristas torna-se tanto mais perturbadoras em razão de uma invasão sem precedentes dos tradicionais domínios do Direito, por psicólogos, antropólogos, economistas, cientistas políticos e psicólogos, entre outros. Não devemos, no entanto, resistir a nossos invasores; ao contrário, devemos respeitar seus enfoques e reagir a eles de forma criativa” (CAPPELLETTI, 1988, p.7/8)

Nessa seara, reagir de forma criativa é aproveitar o melhor que cada disciplina tem a oferecer, e unir forças para avançar em busca de mudanças concretas, visando sempre a proteção dos direitos humanos.

4.1 Os Direitos Humanos e suas Dimensões

Os Direitos Humanos surgem da necessidade de impor limitação aos comandos abusivos do Estado e, ao mesmo tempo, são prerrogativas essenciais e inerentes a todos os indivíduos. Considerando que são frutos de uma luta histórica, tais direitos não foram conquistados ou positivados de uma única vez, mesmo porque estão em constante surgimento. À vista disso, a fim de explicar a evolução dos direitos humanos, em 1979 Karel Vasak criou uma classificação de “geração de direitos” com base nos princípios da Revolução Francesa: liberdade, igualdade e fraternidade. Salienta-se que a expressão “geração de direitos” criada por Karel Vasak, em 1979, foi posteriormente aprofundada por Norberto Bobbio, na obra “Era dos Direitos”.

Isto posto, os direitos de primeira geração têm como marco a Declaração de Direitos da Virgínia (1776) e a Carta dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), associados ao contexto final do século XVIII, com a Independência dos Estados Unidos e criação de sua constituição em 1787, bem como à Revolução Francesa em 1789, sendo caracterizados, portanto, como direitos civis e políticos. Tais direitos são individuais e negativos, haja vista que, por um lado, possuem como titular o cidadão e, de outro, exigem a abstenção do comportamento do Estado em face às liberdades individuais, constituindo o chamado “Estado Liberal”.

Diferentemente da primeira geração de direitos, a segunda caracteriza-se por direitos sociais e coletivos, reivindicados, notadamente, após a Revolução Industrial. São direitos positivos; pois, a liberdade e ascendência econômica resultaram em exploração e péssimas condições de trabalho nas indústrias, sendo necessária, portanto, a intervenção do Estado de modo a cessar e evitar certos abusos, surgindo, portanto, o “Estado Social”. Teve como inspiração a Constituição Mexicana de 1917 e a Lei Fundamental de Weimar (Constituição Alemã de 1919).

Nesse sentido, José Afonso da Silva ensina que

[...]os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais propícias ao aferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade (SILVA, 1999, p. 289/290 apud MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p.15)

Por fim, a terceira geração de direitos se manifesta como resposta às brutalidades cometidas durante a Primeira e Segunda Guerra Mundial, especialmente em relação aos regimes totalitários como o Nazismo e o Fascismo. O Mundo se vê dividido entre países desenvolvidos e os subdesenvolvidos, pela pobreza e pelos conflitos, exigindo uma mudança no cenário. Deste modo, a terceira geração se caracteriza por direitos de fraternidade e paz, voltados a proteção da dignidade da pessoa humana e com destinação universal, ou seja, de todo o gênero humano. Essa geração tem como marco a Declaração Universal dos Direitos do Homem, proclamada pela ONU em 1948. Nos ensinamentos de Pietro de Jesús Lora Alarcon:

[...] a aparição dessa terceira dimensão dos direitos fundamentais evidencia uma tendência destinada a alargar a noção de sujeito de direitos e do conceito de dignidade humana, o que passa a reafirmar o caráter universal do indivíduo perante regimes políticos e ideologias que possam colocá-lo em risco. (2004, p. 81)

No mesmo sentido, Luiz Alberto David Araújo e Vidal Serrano Junior Nunes (2005, p. 116) ensinam que:

A essência desses direitos se encontra em sentimentos como a solidariedade e a fraternidade, constituindo mais uma conquista da humanidade no sentido de ampliar os horizontes de proteção e emancipação dos cidadãos

Ressalta-se que há discussão acerca da terminologia mais acertada para denominar a evolução histórica dos direitos fundamentais, na medida em que a doutrina, representada por Paulo Bonavides, critica o termo “gerações de direitos” empregado por Karel Vasak em 1979 e, posteriormente, por Norberto Bobbio na obra “A Era dos Direitos”, justificando que o termo desencadeia a falsa ideia de superação ou substituição de uma geração por outra, sendo, portanto, “dimensões de direitos” a nomenclatura mais adequada à conquista progressiva e cumulativa dos direitos fundamentais (SARLET, 2016, p. 379). Há, ainda, na doutrina quem defenda a existência de direitos de quarta e quinta geração, sendo esta caracterizada por direitos relacionados ao avanço tecnológicos e aquela pelos direitos de informação, meio ambiente, etc.

De todo modo, sejam direitos de primeira, segunda, terceira, quarta ou quinta dimensão, por serem inerentes e essenciais ao ser humano, os direitos fundamentais são irredutíveis e invioláveis, de modo que a positivação nos

ordenamentos jurídicos constitui imensa conquista e, uma vez positivados, não podem ser suprimidos.

4.2 O Ordenamento Jurídico Brasileiro e os Direitos Fundamentais

Após um longo período de ditadura militar no Brasil, marcado por Atos Institucionais arbitrários, fechamento do poder legislativo, censura do judiciário, restrição de direitos fundamentais e violação de direitos humanos, a Constituição Federal de 1988 surge como carta de boas-vindas à tão almejada democracia.

Não por acaso apelidada “Constituição Cidadã”, a Carta constitucional de 1988, como fruto de reivindicação popular, representa um nível democrático jamais experimentado em toda ordem jurídica brasileira. Com efeito, o legislador constituinte destacou que a nova Lei Maior veio para instituir um Estado Democrático de Direito, adotando, entre outros, a cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. 1º, incisos II e III) como fundamentos da República; além da erradicação da pobreza, marginalização e das desigualdades sociais; a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, idade, como objetivos da República (art. 3º, inciso III e IV).

Considerada a constituição brasileira mais extensa e minuciosa dentre as seis anteriores, a sétima Constituição foi promulgada com 250 dispositivos permanentes e mais 70 nas disposições transitórias, totalizando 320 artigos (VILLA, 2011, p. 80/81); no entanto, não tardou muito e, em pouco tempo, a Carta Constitucional já sofria diversas modificações, contando atualmente com 105 emendas e 114 artigos permanentes, mantendo os 70 dispositivos transitórios, após 30 anos de vigência.

Entre todos os dispositivos constitucionais, o ponto chave e de destaque na Lei Maior brasileira é a abrangência dos direitos fundamentais nela positivados, uma vez que o legislador constituinte tratou de estabelecer não apenas os direitos de primeira dimensão, como também os de segunda, terceira e seguintes. Deste modo, o título II da Constituição Federal, que tem início no artigo 5º e termina com o artigo 17, traz à tona uma série de direitos e garantias fundamentais reconhecidos pela lei pátria. Todavia, cumpre salientar que os direitos fundamentais não se encerram com aqueles dispostos no título II, mas encontram-se espalhados em diversos dispositivos

da Constituição, além daqueles previstos nos Tratados Internacionais em que a República Federativa faça parte, conforme dispõe o §2º do artigo 5º.

À título de exemplo, a Constituição Federal reforçou o princípio da igualdade entre os gêneros (art. 5º, inciso I), proibição de tortura (art. 5º, inciso III), liberdade de crença e livre manifestação de pensamento (art. 5º, incisos IV, V e IX), acesso à informação (art. 5º, inciso XIV), direito de propriedade (art.5º, inciso XXII), defesa do consumidor (art. 5º, inciso XXXII), estabeleceu garantias constitucionais, que também são direitos, como o habeas corpus, mandado de segurança, mandado de injunção e habeas data (art. 5º, incisos LXVIII, LXIX, LXXI e LXXII), direito à saúde, educação, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância (art. 6º), inimizabilidade penal para os menores de dezoito anos (art. 228), direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado (art. 225), dentre outros, considerando que todos irradiam do princípio base da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III).

Nessa seara, imperativo destacar que, em razão de sua importância, os direitos fundamentais possuem status de privilégio em face aos demais dispositivos legais, constituindo cláusulas pétreas; o que significa dizer, que os direitos fundamentais possuem eficácia plena e imediata, e qualquer deliberação acerca de proposta de emenda tendente a restringi-los é proibida (art. 60, §4º, inciso IV).

4.3 O Direito Fundamental à Saúde

A noção de saúde, por estar associada à vida e qualidade de bem-estar do ser humano, sempre foi objeto de preocupação ao longo de toda história. Conforme já explanado nos tópicos anteriores, as sociedades primitivas associavam a saúde e a doença à fatores mágicos ou religiosos, buscando a cura através de rituais realizados por xamãs, feiticeiros e membros religiosos. Com o início da “era da razão”, inaugurada pelos filósofos, e o avanço das pesquisas medicinais, foi possível aprimorar o estudo do corpo humano, identificando as reais causas da doença e estabelecendo meios de cura.

Destarte, a palavra saúde provém do latim *salus (salutis)*, que por sua vez significa “conservação da vida” (LUZ, 2009. s/p). No entanto, muito se discute a respeito do conceito da saúde, em virtude de sua abstração, sendo inúmeras tentativas realizadas a pretexto de melhor defini-la.

Nesse sentido, através de uma visão medicinal com prevalência nos anos 1930, a saúde foi conceituada como estado de “ausência de doenças”. Acepção bastante estrita, sofreu diversas críticas, já que, por seu caráter absolutamente associado à medicina clínica, nenhum ser humano seria totalmente saudável.

Em 07 de abril de 1948, no entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou definição de saúde como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p.16). Tal conceito, tantas vezes utilizado, muito embora tenha superado a definição negativa e estritamente orgânica de saúde, foi alvo de críticas em virtude da ideia genérica e utópica de saúde plena, além de seu caráter pouco dinâmico (GLOBEKNER. 2011, p. 30/31).

Não obstante, a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 no Brasil, adotou sentido mais abrangente de saúde, concluindo que:

a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação e renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
A saúde não é um contexto abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Relatório Final da VII Conferência Nacional de Saúde.1986, p. 04)

Referido conceito se assemelha ao apresentado pelo “pai da medicina”, Hipócrates, o qual relacionava a saúde à fatores externos, através do “(...) equilíbrio entre influências ambientais, formas de viver e vários componentes da natureza, numa clara percepção da inter-relação de corpo, mente e meio ambiente” (HIPPOCRATE, 1839, apud MARTINS, 2008, p. 72).

Ainda, na mesma linha, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde Pública) dispôs 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

Percebe-se, por conseguinte que, dentre tantos conceitos, mais acertado admitir-se a saúde como estado de harmonia do sujeito, interligado à fatores

externos e internos, como alimentação, meio ambiente, renda e dignidade da pessoa humana, constituindo, por conseguinte, direito fundamental.

Partindo dessa premissa, diante da temática escolhida para o presente trabalho, impõe-se adentrar na relação íntima da saúde/saúde mental com a doença mental.

Com efeito, conforme as assertivas acima, verifica-se que a definição de saúde não se limita ao bem-estar físico, porquanto abrange também às faculdades mentais do ser humano. No entanto, quando nos referimos à “loucura”, a discussão se torna ainda mais complexa, uma vez que não há conceito legal de doença mental (SANTORO FILHO. 2012, p. 21/22), tanto no âmbito civil, como nas leis penais, ficando a cargo do conhecimento médico somada à Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID).

Ademais, tal como nas abordagens quanto aos conceitos de saúde, não se pode definir a saúde mental como “ausência de doença ou transtornos mentais”, haja vista que, por se tratar de matéria tão complexa, a saúde mental atrai fatores múltiplos, além do olhar médico, através do diagnóstico. Consoante entendimento de Filho, Coelho e Peres (1999, p. 114):

Para o diagnóstico da patologia, a primeira e última palavra é a da clínica que, apesar de utilizar métodos endossados pela ciência, não constitui, senso estrito, uma disciplina científica. Nessa perspectiva, os pares de conceitos normal-patológico e saúde-doença não seriam simétricos ou equivalentes, na medida em que normal e patológico não configuram conceitos contrários ou contraditórios. O patológico não significa ausência de normas, mas a presença de outras normas vitalmente inferiores, que impossibilitam ao indivíduo viver o mesmo modo de vida permitido aos indivíduos sadios. Dessa forma, o patológico corresponde diretamente ao conceito de doença, implicando o contrário vital do sadio. As possibilidades do estado de saúde são superiores às capacidades normais: a saúde constitui uma certa capacidade de ultrapassar as crises determinadas pelas forças da patologia para instalar uma nova ordem fisiológica

Deste modo, por sua inegável importância, a saúde é concebida como direito fundamental, sendo tal direito garantido, inclusive, em nível internacional, conforme o disposto no artigo 25 1. da Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 1948 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, nos seguintes termos:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos

de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948)

Ademais, por seu status fundamental, conforme assevera Flavia Bahia Martins (2008, p. 74/75), o direito à saúde pode ser enquadrado em qualquer uma das três já analisadas dimensões de direitos, tendo em vista que:

se relaciona diretamente com a vida, nascido com a singularidade do próprio indivíduo; também pode ser analisado, como é mais habitual, sob o prisma da segunda geração, partindo da premissa que permite a exigência ao Estado quanto à prestação de políticas positivas de saúde e, por fim, também se configura como um direito de terceira geração, porquanto se constitui como direito difuso, na medida em que não há determinação exata de seus titulares

Na Constituição Federal de 1988, o direito à saúde foi destinado sistematicamente à categoria de direitos sociais (art. 6º) e encontra previsão também nos artigos 196 a 200, do Título VIII (“Da Ordem Social”), Seção II (“Da Saúde”) do mesmo diploma. Não obstante, destaca-se que os direitos sociais não são menos importantes que aqueles previstos no artigo 5º, uma vez que, estando dentro da categoria de direitos fundamentais, possuem a mesma proteção e eficácia constitucional (MAPELLI JUNIOR, COIMBRA, MATOS, 2012, p.17). Aliás, os direitos fundamentais são indivisíveis e se completam de modo a prestigiar à dignidade da pessoa humana; sendo assim, o direito de “ir e vir” será incompleto se o indivíduo não dispuser de boa saúde.

Os direitos fundamentais sociais, portanto, têm como premissa o direito à igualdade entre os cidadãos, pois constituem atitudes positivas do Estado para garantir condições parelhas de exercício da cidadania e direitos, tais como os direitos de primeira dimensão. Para tanto, não bastou os ideais do Estado Liberal – que, ao garantir liberdades individuais, se absteve das prestações sociais – sendo necessária a transformação deste para o chamado “Estado Social de Direito”, que proporcionasse a “igualdade material ou substancial” a todos os cidadãos. Nesse sentido, Carlos Ari Sundfeld (2009, p. 55) assevera que:

O Estado torna-se um Estado Social, positivamente atuante para ensejar o desenvolvimento (não o mero crescimento, mas a elevação do nível cultural e a mudança social) e a realização da justiça social (é dizer, a extinção das injustiças na divisão do produto econômico)

As Constituições do México (1917) e da Alemanha (Weimar) em 1919, foram as primeiras a incorporar os direitos sociais para propiciar o desenvolvimento social e assistência às classes historicamente inferiorizadas. No Brasil, os direitos sociais estiveram presentes em quase todas as Constituições, exceto a de 1891 (LURCONVITE, s/a, s/p); mas foi a Constituição de 1934 que, inspirada nas Constituições Mexicana e de Weimar, representou um grande avanço no campo dos direitos sociais no Brasil, notadamente os direitos trabalhistas.

No que tange à saúde, as primeiras Constituições brasileiras (1824 e 1891) não traziam remissões a este direito, de modo que passou a receber proteção constitucional, ainda que de forma restrita, apenas na Constituição de 1934, na qual havia preocupação especial com a saúde do trabalhador (art. 121, §1º, 'h'), a mortalidade infantil e higiene social e mental (art. 138, 'f' e 'g'). Na Constituição de 1937 foi estabelecida a proteção da saúde da criança (art. 16, XXVII), ao passo que na de 1946, houve a determinação da competência federal para a regulamentação sobre a saúde no Brasil; sendo que na Constituição de 1967 não se obteve maiores avanços legislativos (MARTINS, 2008, p.75).

Por sua vez, a Constituição Federal de 1988, ao dispor sobre o tema, assegura que

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

Todavia, diferente das outras Constituições brasileiras, muito mais que simplesmente regulamentar, alargou a proteção do direito à saúde ao atrair para o Estado a obrigação de proporcionar aos cidadãos instrumentos direcionados à satisfação de suas carências básicas, seja direta ou indiretamente. Esse dever se verifica do disposto nos artigos 24, XII, 30, VII e 197, todos da Constituição Federal:

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

[...]

XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

Art. 30. Compete aos Municípios:

[...]

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

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.

Portanto, conforme se extrai dos referidos dispositivos, os serviços de saúde são de relevância pública, cabendo à União, Estados, Municípios e Distrito Federal a prestação de serviços de atendimento à saúde da população, atentando-se ao fato de que tais prestações não são exclusivas do Poder Público, já que podem ser realizadas, de forma complementar, por entes de direito privado, mediante contrato de direito público ou convênio (art. 199 CF), sob controle e fiscalização estatal.

O Estado, por sua vez, promove ações e oferta serviços públicos de saúde através do chamado Sistema Único de Saúde (SUS), implantado na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), como fruto da Reforma Sanitária. O SUS foi materializado e encontra respaldo constitucional, nos seguintes termos:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Destarte, em atenção à disposição prevista no artigo 200 caput da Constituição Federal, em 19 de Setembro de 1990 foi sancionada a Lei Orgânica de

Saúde, nº 8.080/1990, a qual reforça o status da saúde como direito fundamental, regulamenta as ações e serviços de saúde executados por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado em todo o território pátrio, e estabelece os princípios, diretrizes e objetivos do SUS.

A Lei nº 8.142/1990 também compõe a legislação brasileira relacionada à saúde e regulamenta, nos artigos 2º ao 5º, a alocação e repasse dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, Municípios e Distrito Federal. Ademais, criou, no âmbito do SUS, dois mecanismos necessários para a participação e fiscalização da sociedade quanto aos serviços ofertados: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde (MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p.30/31).

Portanto, verifica-se que, a saúde, enquanto direito fundamental de todos, dispõe de proteção especial no ordenamento jurídico brasileiro. Assim, a Constituição Federal de 1988 (“Constituição Cidadã”), como marco de uma nova ordem social brasileira, qual seja, Estado Social de Direito, tratou não apenas de dispor sobre o direito à saúde, mas criou mecanismos para sua tutela e eficácia. Em que pese seja bastante criticado na atualidade, O SUS é uma conquista inestimável para a população brasileira, uma vez que disponibiliza atendimento integral, gratuito e universal de saúde, sem o qual a população de baixa renda não teria acesso. Outrossim, os serviços de saúde também podem ser reivindicados no judiciário, através do mandado de segurança (art.5º, LXX), ação civil pública (art. 129, III) e outros, além das ações cíveis de obrigação de fazer, as quais são muito mais recorrentes na atualidade.

4.4 O Tratamento do Doente Mental no Ordenamento Jurídico Brasileiro

Já se afirmou que o direito, seja instrumento de justiça ou controle social, existe como intermediador das interações entre seres humanos. Isto porque, o ser humano é um ser sociável, de modo que as normas jurídicas se prestam a garantir a harmonia entre as relações interpessoais, as quais, reguladas pelo direito, se tornam relações jurídicas. Assim, as relações jurídicas são compostas pela interação entre sujeitos de direito, sendo estes, pessoas jurídicas ou naturais.

O Código Civil de 2002, ao tratar sobre as pessoas naturais, introduz uma qualidade inerente e comum a todas: a personalidade civil. Com efeito, nas lições de Carlos Roberto Gonçalves (2017, p. 94):

O conceito de personalidade está umbilicalmente ligado ao de pessoa. Todo aquele que nasce com vida torna-se uma pessoa, ou seja, adquire personalidade. Esta é, portanto, qualidade ou atributo do ser humano. Pode ser definida como aptidão genérica para adquirir direitos e contrair obrigações ou deveres na ordem civil. É pressuposto para a inserção e atuação da pessoa na ordem jurídica

Assim, a personalidade jurídica tem início do nascimento com vida e, a partir dela, surge a aptidão para ser titular de direitos, nos termos do art. 2º do Código Civil.

Destarte, ao estabelecer que “toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil”, o aludido ordenamento também apresenta, no art. 1º, o conceito de capacidade civil, a qual pode ser analisada sob dois vieses: capacidade de direito e capacidade de fato.

A capacidade de direito está intimamente ligada à personalidade civil, posto que também se relaciona à aptidão de toda pessoa nascida com vida em ser titular de direitos. Por outro lado, nem todas as pessoas são dotadas de capacidade de fato ou de exercício, de modo que, por faltar tal capacidade, a lei exige que a pessoa seja representada (incapacidade absoluta) ou assistida (incapacidade relativa) ao praticar atos da vida civil, sob pena de nulidade ou anulabilidade do ato. Portanto:

No direito brasileiro não existe incapacidade de direito, porque todos se tornam, ao nascer, capazes de adquirir direitos (CC, art. 1º). Há, portanto, somente incapacidade de fato ou de exercício. Incapacidade, destarte, é a restrição legal ao exercício dos atos da vida civil, imposta pela lei somente aos que, excepcionalmente, necessitam de proteção, pois a capacidade é a regra (GONÇALVES, 2017, p. 110)

O Código Civil de 1916 considerava como absolutamente incapazes: os menores de dezesseis anos, “os loucos de todo o gênero”, os surdos-mudos que não pudessem exprimir a sua vontade e os ausentes, declarados tais por ato do juiz. O Código Civil de 2002, por sua vez, reduziu a três as hipóteses de incapacidade civil absoluta e alterou as disposições sobre incapacidade relativa, nos seguintes termos:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: I - os menores de dezesseis anos; II - os que, por enfermidade ou

deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer: I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; IV - os pródigos.

Parágrafo único. A capacidade dos índios será regulada por legislação especial

Assim, o atual Código Civil, amenizou o termo discriminatório da qualificação “loucos de todo o gênero”, e estabeleceu gradações de capacidade para os doentes mentais, considerando absolutamente incapaz aqueles sem nenhum discernimento, e relativamente incapaz os que possuem discernimento reduzido pela doença mental. Portanto, manteve a redução da autodeterminação e liberdade do indivíduo, no que tange à prática de atos da vida civil, conforme já delineado acima.

A despeito da nova redação dada pelo Código Civil de 2002, Waldir Macieira da Costa Filho (2016, p. 363/364), reflete que:

(...) após o advento da Constituição de 1988, com os novos princípios e as regras fundamentais encartados nesta, começou a ser discutido doutrinariamente a necessidade de uma revisão da teoria das incapacidades. Essa discussão ficou mais intensa principalmente com a decepção das mudanças esperadas e não contempladas, como alguns equívocos trazidos, pelo Código Civil de 2002, que não se adequou a ideologia constitucionalmente adotada, principalmente com relação ao atendimento aos princípios da dignidade da pessoa humana, da igualdade material, da liberdade e dos respectivos direitos da personalidade

Assim, em 2007, visando garantir à pessoa com deficiência a proteção de sua dignidade e exercício efetivo de seus direitos, a Organização das Nações Unidas (ONU) elabora a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, que estabelece diretrizes e obrigações aos Estados parte para promoção da igualdade material, por meio da acessibilidade e acesso à justiça, eliminando o estigma de que diferença é um problema social que deve ser isolado, e traz uma nova visão sobre a diversidade.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi aprovada com quórum qualificado e adentrou o ordenamento jurídico brasileiro em 25 de agosto de 2009, com força de emenda constitucional; contudo, ainda assim os “loucos” e deficientes permaneceram, sob a visão do Código Civil de 2002, absolutamente incapazes.

Destarte, o regramento brasileiro acerca das incapacidades sofreu uma profunda mudança com o advento da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) que alterou explicitamente a redação dos artigos 3º e 4º do Código Civil, nos seguintes termos:

Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesesseis) anos.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer: I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; IV - os pródigos.

Deste modo, o artigo 3º, que trata dos absolutamente incapazes, teve seus incisos revogados, permanecendo nessa classificação apenas os menores de dezesseis anos. Por outro lado, a Lei nº 13.146/2015 suprimiu dos incisos II e III do artigo 4º, respectivamente “os que, por deficiência mental, tenham seu desenvolvimento reduzido” e “os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo”, qualificando como relativamente incapaz aqueles que “por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade”.

Destaca-se que, pela aludida lei, considera-se pessoa com deficiência, aquela que possui “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” (art. 2º). Todavia, os termos em destaque, conforme adverte Ricardo Shimosaki (2011, s/p) não se confundem³ com a doença mental, pois

[...] a principal diferença entre deficiência intelectual e doença mental é que, na deficiência intelectual, há uma limitação no desenvolvimento das funções necessárias para compreender e interagir com o meio, enquanto na doença mental, essas funções existem, mas ficam comprometidas pelos fenômenos psíquicos aumentados ou anormais

Ademais, o tratamento de pessoas deficientes e doentes mentais são diferentes, haja vista que os primeiros necessitam de estímulo nas áreas em que

³ Tanto é assim, que está em trâmite na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 5907/2016, de autoria do deputado Francisco Floriano, com vistas a alterar a Lei nº 10.216/2001 para, dentre outras medidas, equiparar a pessoa com transtorno mental à pessoa com deficiência, de modo a garantir os mesmos direitos, bem como criminalizar o preconceito contra pessoas com transtornos mentais, ou seja, a chamada “Psicofobia”.

possuem limitações; já os últimos devem ser acompanhados especialmente por psiquiatras, que definem o medicamento a ser utilizado para controle dos sintomas da doença.

Contudo, a despeito disso, conforme ressalta o próprio autor (SHIMOSAKI, 2011. s/p) é possível que a deficiência intelectual e a doença mental se apresentem em um único paciente; de modo que, o doente mental pode, mas não necessariamente será considerado pessoa com deficiência.

Portanto, verifica-se que o legislador, ao criar o Estatuto da Pessoa com Deficiência, alargou o objeto da referida lei para também oferecer certa proteção às pessoas com transtornos mentais. Assim, pretende-se com a aludida lei, consoante o artigo 1º, “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”. Nesse sentido, o artigo 6º da Lei nº 13.146/2015 dispõe expressamente que:

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para: I - casar-se e constituir união estável; II - exercer direitos sexuais e reprodutivos; III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória; V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas

Assim, muito embora já existisse, na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, deliberação no sentido de que os deficientes não se incluem no rol dos absolutamente incapazes, a derrogação explícita somente ocorre com a Lei nº 13.146/2015, que visou adequar as legislações infraconstitucionais às disposições e princípios da referida Convenção e da Constituição Federal. A propósito, conforme diz Waldir Macieira da Costa Filho (2016, p. 369):

Seguindo a intenção precípua de efetivar princípios e regras trazidas pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a LBI adota o modelo biopsicossocial de deficiência e deixa claro que os impedimentos físicos, sensoriais, mentais e intelectuais não produzem obstáculos por si só, mas sim que as barreiras que impedem o exercício de direitos são produzidas socialmente, sendo fundamental estratégias políticas, jurídicas e sociais que excluam esses obstáculos e discriminações negativas, permitindo aos deficientes demonstrar suas capacidades e usufruir de autonomia e independência para uma real inclusão social.

Deste modo, a consequência direta da alteração legislativa é que o deficiente e os doentes mentais tornam-se plenamente capazes de exercer os atos da vida civil, com exceção dos casos em que não puderem exprimir suas vontades, situação em que serão tido como relativamente incapaz (CC, art. 4º, III) e necessitarão de assistência do representante para prática de atos civis. Outrossim, quando necessário ao interesse patrimonial da pessoa com deficiência ou com transtornos mentais, a estes serão facultadas a adoção de tomada de decisão apoiada (art. 84 §2º) ou, excepcionalmente, submetido à curatela (art. 84 §§1º, 3º e 4º); ressaltando que a avaliação da deficiência será realizada nos termos do art. 2º, §1º do Estatuto.

Nessa seara, a Lei 11.346/2015 efetuou diversas revogações e alterações no Capítulo II do Código Civil (“Da Curatela”) de modo a adapta-lo às novas regras de capacidade civil e proteção dos direitos das pessoas com deficiência/transtornos mentais. Assim, os mentalmente enfermos, deficientes físicos e intelectuais foram retirados do rol, permanecendo no artigo 1767 do Código Civil apenas “I- aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; II- os ébrios habituais e os viciados em tóxico; V- os pródigos”, ou seja, os relativamente incapazes.

A lei 11.346/2015 permitiu que as pessoas com deficiência fossem submetidas a curatela; todavia, nos termos dos artigos 84 e 85, esse instituto será adotado somente quando necessário, pois constitui medida protetiva extraordinária, transitória e proporcional às necessidades concretas, que alcançará tão somente os atos relativos aos direitos patrimoniais e negociais. Ademais, o procedimento de curatela seguirá o rito estabelecido nos artigos 747 e seguintes do Código de Processo Civil, além das disposições da Lei dos Registros Públicos (Lei n. 6.015/73), contando com a fiscalização do Ministério Público, quando este não for autor da ação.

Destarte, outro novel e importantíssimo instituto criado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015) supre a figura revogada do artigo 1780 do Código Civil que previa a possibilidade nomeação de curador para o interdito enfermo ou portador de deficiência física quando impossibilitado de cuidar de seus negócios ou bens. Deste modo, o novo instituto trazido pela Lei n. 13.146/2015 foi conceituado como

Art. 1783-A. A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na

tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade

Além disso, o aludido dispositivo traz em seu bojo onze parágrafos que disciplinam a Tomada de Decisão apoiada. Assim, nos termos do artigo 1783 e parágrafos, o processo contará com a fiscalização do Ministério Público e terá início mediante requerimento exclusivo do apoiado, que estabelecerá, juntamente com os apoiadores, os limites do apoio, compromissos, prazo de vigência do acordo e respeito aos direitos, interesses e vontade da pessoa com deficiência. Ademais, o acordo firmado em processo de tomada de decisão apoiada poderá ser extinto mediante solicitação, a qualquer tempo, da pessoa apoiada (CC, art. 1783-A, §9º), evidenciando o propósito de respeito à decisão da pessoa com deficiência. Nesse contexto, consoante análise de Carlos Roberto Gonçalves (2017, p. 127):

A Tomada de Decisão Apoiada constitui, destarte, um terceiro gênero (o de pessoas que apresentam alguma deficiência física ou mental, mas podem exprimir a sua vontade e por essa razão podem se valer do benefício da Tomada de Decisão Apoiada), ao lado das pessoas não portadoras de deficiência e, portanto, plenamente capazes, e das pessoas com deficiência e incapazes de exprimir a sua vontade, sujeitas, desse modo, à curatela

Portanto, a pessoa com deficiência passa a ser juridicamente capaz, podendo, inclusive, votar, celebrar negócios jurídicos, contrair matrimônio, e praticar todos os atos da vida civil em igualdade de condições a qualquer outra pessoa. Todavia, a mudança no sistema de capacidade civil é vista com maus olhos por alguns críticos, os quais defendem que a lei ocasionou, em verdade, uma desproteção jurídica desse grupo vulnerável que são os deficientes (KUMPEL e BORGARELLI, s.a, s.p.).

No entanto, entende-se que a Lei 13.146/2015 surge para reafirmar os direitos, bem como a obrigação do Estado em promover políticas públicas visando propiciar a igualdade material e emancipação do indivíduo, através da acessibilidade, educação, acesso à justiça e cultura. Ademais, como foi exposto, o Estatuto tratou de regulamentar institutos como a curatela e a tomada de decisão apoiada para proteção daqueles que efetivamente necessitam de auxílio no exercício de atos civis, deixando para trás a falsa concepção de que toda pessoa deficiente/com transtorno mental é incapacitado.

4.5 Legislação sobre Saúde Mental

Desde a inauguração do “Hospício D. Pedro II” em 1852, o tratamento à saúde mental no Brasil passou a ser centralizado na institucionalização dos pacientes que padecem de transtorno mental.

Conforme já explanado, sob forte influência das reformas instituídas na França, Estados Unidos e especialmente na Itália, profissionais de saúde brasileiros se reuniram em movimentos sociais visando a superação e substituição da figura do manicômio por um modelo humanitário, com prevalência do tratamento ambulatorial, sendo que dessas reivindicações se consolidou o “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”, sob o lema “por uma sociedade sem Manicômios”.

A Luta Antimanicomial brasileira como crítica ao modelo de exclusão social e violação de direitos humanos dos doentes mentais, representa papel de suma importância na mudança da política de tratamento à saúde mental no Brasil. Isto porque, apesar dos direitos e garantias fundamentais elencados pela Constituição Cidadã de 1988, além dos tratados internacionais e Cartas de Direitos Humanos ratificados pelo Brasil, tais disposições eram ignoradas ou não possuíam eficácia prática quanto aos doentes mentais, notadamente pela falta de legislação interna adequada para regulamentação dos direitos dessa parcela historicamente vulnerável.

Ressalta-se que nessa época ainda vigorava o Decreto nº 24.559 de 03 de Julho de 1934, que regulamentava sobre a “profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e outras providências”, e reconhecia a doença mental como caso de polícia e ameaça à ordem e moral pública; sendo esta norma revogada, posteriormente, em 1990 pelo anexo IV do Decreto nº 99.678 de 08 de novembro de 1990, já que, obviamente, em dissonância com a reforma psiquiátrica que se pretendia instalar.

Assim, visando regulamentar e efetivar direitos já previstos na Magna Carta de 1988, em 12 de setembro de 1989 o então deputado federal Paulo Gabriel Godinho Delgado apresentou ao Plenário da Câmara dos Deputados o projeto de Lei nº 3.657 propondo uma nova visão sobre a assistência mental, com a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país. O projeto apresentado por Delgado era composto por três artigos principais: o primeiro trazia a proposta de fechamento gradual das instituições, mediante a vedação de construção, contratação ou financiamento de novos leitos psiquiátricos pelo cofre público; o segundo tratava sobre

a recondução dos recursos públicos para tratamentos diversos do modelo manicomial de atendimento, e o terceiro determinava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária local, visando evitar abusos (PEREIRA, 2004, p. 110). Ainda sobre o referido projeto de lei, cabe destacar a seguinte observação:

A tônica principal do projeto estava na extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, porém, ressaltando a importância da garantia de direitos fundamentais e civis dos doentes mentais. A liberdade era apontada como uma questão central para o atendimento em saúde mental, devendo assim existir estratégias jurídicas para cerceamento do poder de seqüestração existente na psiquiatria. O aspecto “gradualista” da lei foi ressaltado, demonstrando a preocupação com a garantia de atendimento e, de certa forma, antecipando as críticas que viessem apontar uma possível desassistência decorrente do fechamento dos hospitais psiquiátricos (PEREIRA, 2004, p. 111)

Não obstante, o projeto de lei nº 3657 sofreu diversas críticas dos parlamentares; dentre as quais, foram questionados, especialmente, aspectos quanto a exequibilidade dos modelos extra-hospitalares diante do fechamento dos hospitais psiquiátricos, além da suposta noção de incapacidade e periculosidade social do doente mental. O projeto recebeu cerca de 8 (oito) propostas de emendas na Câmara dos Deputados e 14 (quatorze) no Senado Federal (PEREIRA, 2004, p. 112 e 145) durante a longa tramitação de quase doze anos no Congresso Nacional.

Nesse período (1990-1996) o Brasil foi marcado por diversas transformações no campo da saúde mental. Dentre elas, em 14 novembro de 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) promoveram, em Caracas, Venezuela, uma Conferência Regional para a Restruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, da qual resultou um documento denominado “Declaração de Caracas”. Nesse documento, tido pelo Ministério da Saúde como fundamental no campo da saúde mental, além das diretrizes de reorientação do modelo assistencial, foram estabelecidas recomendações para alteração das legislações dos países participantes, de modo que “a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento” (OPAS, 1990, p. XVI apud PEREIRA, 2004, p. 80).

Assim, sob inspiração das disposições da Declaração de Caracas e pelo “Projeto de Lei Paulo Delgado”, a partir de 1992 foram criadas diversas leis estaduais⁴ no campo da saúde mental, as quais, segundo Pereira (2004, p. 116) serviram “muitas vezes como estratégia de reforço à aprovação do projeto original, na medida em que se promulgavam no âmbito estadual legislações próprias, de certa forma era disparado o processo de transformação a ser realizado em nível nacional”.

Outrossim, também em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília trouxe ao debate a íntima relação ente cidadania e saúde como norte ao modelo de assistência à saúde a ser instituído no Brasil, recomendando, entre outras questões:

1. a revogação o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934;
2. a regulamentação das Leis Orgânicas Municipais no que diz respeito a atenção à saúde mental;
3. a incorporação na legislação brasileira dos “Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental”, da ONU;
4. o apoio às iniciativas de elaboração de projetos de lei estaduais consoantes com as decisões da II CNSM;
5. a garantia e regulamentação nas legislações nacionais, estaduais e municipais que na desativação de leitos em hospitais psiquiátricos públicos, seja assegurada a oferta concomitante de serviços extra-hospitalares;
6. a exigência de aprovação de dispositivos que garantam a cidadania do doente mental e proíbam o uso de práticas violentas, como camisa de força, ECT (eletrochoque), medicação em excesso e psicocirurgias;
7. evitar, ao máximo, a internação do doente mental, a qual só deverá ocorrer depois de esgotados todos os recursos que a possam tornar desnecessária;
8. assegurar a comunicação da internação involuntária ao Ministério Público, à autoridade sanitária e ao Conselho Local de Saúde (através da Comissão de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica), no prazo de 48 horas. Deverá ser composta uma comissão interdisciplinar capaz de avaliar os diversos tipos de internação, e procedimentos posteriores de proteção ao usuário.
9. a criação de mecanismos de pressão, junto ao Senado, para aprovação imediata do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, dada sua importância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país.
10. buscar que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde assumam como diretrizes de política de saúde mental os princípios contidos no projeto de lei do Deputado Paulo Delgado (MS, 1994, p.41-43 apud PEREIRA, 2004, p.118).

Ademais, em 1991 a Assembleia Geral da ONU estabeleceu princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da

⁴ Com efeito, o Estado do Rio Grande do Sul foi o pioneiro a criar, em 07 de agosto de 1992 a lei nº 9.716, específica no campo da Reforma Psiquiátrica. Nos anos seguintes, o Estado do Ceará aprova a Lei nº 12.151 de 29 de junho de 1993, Pernambuco aprova a Lei nº 11.064 de 16 de maio de 1994, Rio Grande do Norte, aprova a Lei nº 6.578 de 04 de janeiro de 1995, Minas Gerais aprova a Lei nº 11.802 de 18 de Janeiro de 1995, Paraná aprova a Lei nº 11.189, de 09 de novembro de 1995, Distrito Federal aprova a Lei nº 975 de 12 de dezembro de 1995 e Espírito Santo aprova a Lei nº 5.267 de 10 de setembro de 1996.

Assistência à Saúde Mental, dispendo sobre direitos e garantias das pessoas que possuem transtornos mentais, dentre os quais, o direito à vida em comunidade, direito ao tratamento de saúde, bem como ao consentimento ou negativa acerca dos meios utilizados para tanto.

Deste modo, em 1991 o Ministério da Saúde passa a implementar portarias e políticas para ampliação dos serviços extra-hospitalares trazendo a possibilidade de repasses para serviços de atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial e Atendimentos em Oficinas Terapêuticas com fins de reinserção social.

Nota-se que tudo isso somente foi possível em virtude da sistema e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, com previsão Constituição Federal e Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde), dentre os quais o princípio da descentralização, através do qual os serviços de saúde devem ser transferidos também aos municípios, mediante solidariedade com o Estado e a União, e o princípio da gratuidade, considerando que “sem a gratuidade dos serviços prestados não se alcançaria a necessária mudança do sistema de saúde anterior à Constituição de 1988, que se caracterizava exatamente pela abrangência (...) daqueles que contribuía para a previdência social” (MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012,p. 26).

Finalmente, após quase doze anos de tramitação e uma série de emendas, o projeto de Lei nº 3657/1989 é sancionado e convertido na Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Com efeito, sobre o “espírito da Lei nº 10.216/2001”, Paulo Delgado assevera que:

A sociedade cria e recria normas para definir o que rejeita e consagra. Faz-se progressista na área da saúde por atitude, mais do que por atos. Assim, inscrever o doente mental na história da saúde pública, aumentando sua aceitação social, diminuindo o estigma da periculosidade e incapacidade civil absoluta, contribui para elevar o padrão de civilidade da vida quotidiana. A doença mental não é contagiosa, dispensa isolamento. Não pode ser compreendida como estritamente orgânica apaziguada só pela quimioterapia e os remédios [...] A medicina não deve ser carceral para não ampliar a solidão moral do paciente como se sua doença criasse para ele um mundo do não direito. Acolhimento, tratamento precoce melhoram a evolução e a direção da doença [...] O doente mental é também beneficiário do ambiente jurídico oriundo da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, como qualquer outro paciente”. (DELGADO, 2010, p. 25 apud MAPELLI JÚNIOR, COIMBRA e MATOS 2012, p. 195)

Assim, o projeto de lei apresentado por Paulo Delgado, apesar da incrível demora no processo de tramitação, serviu de inspiração para o estabelecimento gradual da Reforma Psiquiátrica no Brasil, através da criação de leis estaduais e Portarias do Ministério da Saúde, as quais passaram a regulamentar os serviços de base comunitária alternativa. Além disso, durante o período de tramitação nas casas legislativas, ela foi sendo remodelada aos princípios da Declaração de Caracas e às transformações vivenciadas pelos Estados nos quais havia uma legislação específica de saúde mental, visando, assim, conceder os direitos fundamentais - que já eram garantidos na Constituição Federal a todos - também aos pacientes com transtornos mentais.

Salienta-se que a Lei 11.343/2006 (“lei de drogas”) que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, também apresenta disposições acerca da assistência e reinserção social de usuários e dependentes químicos, como estratégias preventivas e penalidades alternativas em caso de criminoso usuário de drogas.

4.5.1 Conhecendo a Lei nº 10.216/01

A Lei nº 10.216/01, fruto da luta antimanicomial, estabeleceu diversas alterações no tratamento dos doentes mentais, representando um grande marco na Reforma Psiquiátrica Brasileira e proteção de direitos humanos.

Não é por menos que a referida lei “foi erigida em verdadeira Carta Magna dos usuários do SUS que necessitam de assistência na área da saúde mental” (MAPPELI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p. 200), uma vez que redireciona o modelo assistencial em saúde mental à luz da dignidade da pessoa humana, introduzindo no ordenamento jurídico brasileiro uma nova visão sobre o tratamento da “loucura”.

Nesse sentido, discorre a Lei nº 10.216/01 que:

Art. 1o. Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo

Nota-se que a lei ressalta o princípio da igualdade ao afirmar a necessária proteção dos direitos do doente mental sem qualquer forma de discriminação, estabelecendo também o dever de informação ao paciente, familiares ou responsáveis acerca de seus direitos, os quais devem ser observados nos atendimentos em saúde mental, a fim de evitar quaisquer formas de abuso ou exploração.

Dentre os direitos da pessoa com transtorno mental, o parágrafo único do artigo 2º da lei garante o acesso ao melhor tratamento de saúde, de caráter humanitário, bem como a opção pelos métodos menos invasivos possíveis, além da proteção, inclusive, das informações prestadas pelo paciente e familiares (I, II, III e IV). Ademais, a lei estabelece que o paciente tem o direito de ser, preferencialmente, tratado em serviços comunitários de saúde mental (II e IX), visando a recuperação do paciente pela sua inserção no âmbito familiar, trabalho e comunidade, de modo que, para evitar internações arbitrárias, é garantido o direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer dúvidas acerca da imprescindibilidade ou não da hospitalização contra a vontade do paciente.

Necessário destacar que o rol de direitos previstos no artigo 2º é meramente exemplificativo e não exclui aqueles dispostos em leis, Constituição Federal e Tratados Internacionais de Direitos Humanos. De fato, a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Declaração de Caracas, os Princípios para a Proteção das Pessoas acometidas de Transtorno Mental da ONU, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência da ONU (Decreto nº 6.949/2009) e, mais recentemente, a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) ampliaram os direitos do referido grupo, abarcando, também, os mentalmente enfermos (art.2º da Lei 13.146/2015); inclusive, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, acertadamente, inovou ao estabelecer a terminologia “pessoas com deficiência” em substituição à expressão “pessoa portadora de deficiência”, afastando a sensação de rotulação proporcionada pela última.

Destarte, a lei 10.216/01 reforça a previsão do artigo 196 da Constituição Federal, ao estabelecer que:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais

Assim, compete à União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 23, II CF c.c. art. 3º Lei 10.216/01) o desenvolvimento, fiscalização e eficácia das políticas de saúde mental, bem como a assistência e ações de saúde, porquanto constituem serviços de relevância pública, nos termos do artigo 197 da Constituição Federal. Outrossim, os serviços públicos de atendimento à saúde mental integram a rede regionalizada, hierarquizada e universal do Sistema Único de Saúde; portanto, os serviços são prestados e financiados com recursos das três esferas de governo, mas, principalmente, com os repasses da União aos Estados e Municípios.

Dessa forma, o Estado chama para si a obrigação de prover os serviços de saúde mental, através do SUS; no entanto, em virtude da nova sistemática promovida pela Reforma Psiquiátrica, e, ainda, em nome da solidariedade que constitui objetivo fundamental da pátria, a família e a sociedade compartilham do dever de participação e assistência durante o tratamento e recuperação do doente mental, evitando-se, assim, o isolamento do paciente e seus reflexos negativos no processo de reinserção social.

Não obstante, a Lei nº 10.216/01 não extinguiu as internações psiquiátricas, mas previu três espécies:

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.

Com efeito, a primeira modalidade apresentada pela lei consiste na internação em estabelecimento psiquiátrico mediante declaração assinada pelo próprio paciente optando por esse regime. Lado outro, a internação involuntária é

aquela realizada mediante requerimento escrito de familiar ou responsável legal do paciente, ainda que contra vontade deste. Por fim, a internação compulsória se dá através de determinação de juiz competente, através do ajuizamento de demanda judicial por familiares ou responsável legal do paciente, ou, ainda, pelo Ministério Público, em casos extremos, visando a proteção do doente e pessoas que com ele habitam, especialmente crianças e idosos (MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p.226/227).

A Portaria nº 2.048/2009 (Regulamento do Sistema Único de Saúde) dispõe sobre uma quarta modalidade de internação psiquiátrica: internação voluntária que se torna involuntária. Deveras, a referida Portaria estabelece que o paciente que voluntariamente optou pela internação poderá, da mesma forma, requerer a sua alta; no entanto, é possível que o médico responsável decida por bem manter o doente internado, tornando o tratamento involuntário. Ademais, nos termos do que dispõe o art. 425 da Portaria supra e art. 8º, §1º da Lei 10.216/01, a internação involuntária, a voluntária que se torna involuntária e a desinternação serão obrigatoriamente comunicadas, no prazo de 72 horas, ao Ministério Público Estadual pelo representante técnico do estabelecimento, mediante Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária anexado do laudo médico.

Destaca-se, que a lei da Reforma Psiquiátrica estabelece, no artigo 4º, o caráter excepcional da internação, asseverando que essa medida será autorizada por médico apenas quando os tratamentos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. No entanto, ainda que indicada essa via de tratamento, a internação deverá ocorrer por um breve período e primar pela reinserção do paciente em seu meio social; em outras palavras, não será admitida a “institucionalização”⁵ do paciente.

Em vista disso, dispõe o §2º do artigo 4º que “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”, sendo vedada a internação em

⁵ “Termo utilizado para descrever tanto o processo de, quanto os prejuízos causados a seres humanos pela aplicação opressiva ou corrupta de sistemas de controle sociais, médico ou legais inflexíveis por instituições públicas, ou sem fins lucrativos criadas originalmente com fins e razões benéficas”. (MALTA, Ludmilla Castro. s/a, p. 3).

Em Manicômios, Prisões e Conventos, Erving Goffman descreve o processo de “institucionalização”, como o “desaculturação” ou “mortificação” da personalidade do paciente que permanece por longo período em uma “instituição total”, tornando-se objeto de intervenções institucionais (2010, p. 31).

instituições de caráter asilar, assim entendidas aquelas desprovidas dos recursos mencionados acima, bem como que não garantam aos pacientes os direitos mencionados no parágrafo único do art. 2º da Lei 10.216/01

Nesse sentido, em complemento à Lei 10.216/01, a Portaria MS nº 2.048/2009, anexo LII, trata sobre as normas para atendimento hospitalar, dispondo que:

2.1 Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

2.2 - Determinações gerais: 2.2.1. O hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta-de-entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital; 2.2.2. está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes); 2.2.3. deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; 2.2.4. deve haver registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes, ficando garantida, no mínimo, a seguinte periodicidade: - profissional médico: 1 vez por semana; - outros profissionais de nível superior: 1 vez por semana, cada um; e - equipe de enfermagem: anotação diária

Ainda, segundo a referida Portaria, as instituições psiquiátricas devem oferecer ao paciente atendimento com uma equipe profissional, mediante tratamento terapêutico, medicamentoso, ocupacional e psicoterapia individual ou grupal, visando a preparação do paciente para seu retorno ao âmbito familiar e social, com a continuidade do tratamento em serviço extra-hospitalar, de modo a prevenir a ocorrência de novas internações.

A bem verdade, conforme se observa da Lei nº 10.216/01 e das exigências estabelecidas na portaria supramencionada, é possível visualizar a proposta de substituição do tratamento de internação psiquiátrica por métodos comunitários. A par disso, Claudio Cohen e José Álvaro Marques Macolino (2006, p. 25/27, apud MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p. 197) asseveram que:

Com o advento e o desenvolvimento dos psicofármacos, o modelo hospitalocêntrico deu lugar às comunidades terapêuticas, aos hospitais-dia (atendimento ambulatorial), como medida que visa preservar ao máximo a manutenção do paciente em seu meio social. (...) Acompanhando essas transformações, o conceito de saúde passou a ser entendido não mais como ausência de doenças, e sim como um bem-estar biológico, psicológico e social, conforme a conceituação admitida pela OMS, estado esse que deve ser apreendido por uma equipe multiprofissional. (...) Antes havia uma autoridade no assunto – o psiquiatra -, cabendo a ele distinguir se alguém era ou não portador de uma doença mental. Na atualidade, isso não é mais possível

Para tanto, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNAASS (Portaria nº 28, de 31 de janeiro de 2015) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (Portaria nº 52/GM/MS, de 20 de janeiro de 2004), visando a redução gradual dos leitos psiquiátricos. Concomitantemente, promove o desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com serviços na atenção básica de saúde, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

4.6 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

O regulamento do SUS, instituído pela Portaria nº 2.048-MS/2009 estabeleceu em seu anexo LIII as diretrizes da política de tratamento mental extra-hospitalar que consistem em

1. DIRETRIZES

- Consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes; - Organizar serviços com base nos princípios da universalidade, da hierarquização, da regionalização e da integralidade das ações; - Garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; - Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis. - Assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços; - Garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; - Articular-se com os planos diretores de regionalização estabelecidos pela NOAS-SUS 01/2001; - Definir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber, das presentes normas, e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

Assim, o tratamento à saúde mental no Brasil, antes concentrado na figura dos hospitais psiquiátricos, se expande em diversos serviços territoriais com diferentes graus de complexidades, formando uma Rede de atenção Psicossocial integrada ao SUS, que atua mediante estratégias comunitárias, visando a emancipação, participação social e protagonismo do indivíduo com transtorno mental.

Com efeito, a Portaria Ministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial com a finalidade de ampliação e articulação dos serviços comunitários de atenção à saúde já existentes, bem como a criação de

novos serviços no âmbito do SUS, para atendimento de pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas. A aludida Portaria estabelece nos artigos 3º e 4º os objetivos da Rede de Atenção Psicossocial, nos seguintes termos:

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

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.

Quanto aos serviços integrados à Rede de Atenção Psicossocial, o artigo 5º da Portaria em epígrafe estabelece que são divididos em: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

4.6.1 Serviços de atenção básica em saúde mental

Os serviços de atenção básica, podem ser disponibilizados através de Unidade Básica de Saúde, que funciona como a principal porta de entrada no serviço de saúde mental, e constitui-se por uma equipe multiprofissional visando promoção da saúde, prevenção de agravos e redução de danos (art. 6º, I, Portaria nº 3.088/2011), ressaltando-se que, por ser serviço de atenção básica, podem ser desenvolvidas pela esfera municipal, como é o caso no Estado de São Paulo.

Há também os Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF-3) instituídos pela Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, cujo objetivo é “promover a atenção integral em saúde mental, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas na atenção básica para municípios com porte populacional menor que 20.000 (vinte mil) habitantes” (MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p. 220).

Os Consultórios de Rua desempenham serviços de forma itinerante e integrado às Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial, com foco nas pessoas com transtornos mentais, usuários de álcool e drogas, e pessoas em situação de vulnerabilidade social, tais como moradores de rua (Portaria 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2011).

Por fim, os Centros de Convivência (Portaria 396/SNAS, de 07 de julho de 2005), instalados em municípios com mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes, possuem atuação estruturada com o Centro de Atenção Psicossocial, almejando a interação de pessoas com transtornos mentais, usuários de álcool e drogas, através de espaços de sociabilidade, com equipes compostas por artistas, artesãos, músicos e profissional de saúde.

4.6.2 Serviços em atenção psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, constituem serviços de atenção estratégica, comunitária e especializada da Rede de Atenção Psicossocial, que atua através de uma equipe multiprofissional, em atendimento às situações de crise ou processos de reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental e usuárias de álcool e drogas, bem como às suas famílias.

Em 1987 foi instituído o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de Santos/SP (MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p. 209), como proposta de substituição ao modelo asilar, experiência que serviu de referência à Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nos termos do art. 7º, §4º da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, os Centros de Atenção Psicossocial estão estruturados nas seguintes modalidades:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. 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 com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Há, ainda, a figura do CAPS AD IV, instituído recentemente pela Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, para atendimento de pessoas “com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes de uso de crack, álcool e outras drogas” (art. 7º, §4º, VII), a ser implantado em municípios com mais de 500.000 habitantes.

Nota-se que os Centros de Atenção Psicossocial são implantados com base na extensão populacional da cidade ou região, de modo nas regiões que não suportarem uma unidade de CAPS, é imprescindível a existência de ambulatórios para atendimento de transtornos mentais graves. Nesse sentido:

Os ambulatórios são especialmente necessários em municípios maiores que possuem maior demanda de atenção aos transtornos em geral. Nestes locais, junto a uma rede efetiva de CAPS, os ambulatórios existentes certamente podem servir de suporte para o atendimento de transtornos menos graves,

buscando a articulação com as equipes de atenção básica de cada território. Porém, em municípios que ainda não possuem CAPS e municípios menores, é necessário que os municípios existentes se responsabilizem pelos transtornos graves, articulando-se com a atenção básica para acompanhamento dos transtornos menores. Para isso é necessário que se aproximem cada vez mais da forma de atendimento realizada pelo CAPS. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília Editora do ministério da Saúde, 2007, p. 18, apud MAPELLI, COIMBRA e MATOS, 2012, p. 220)

Acrescenta-se, por fim, que se aplicam aos tratamentos prestados às pessoas usuárias de drogas as disposições da Lei 11.343/2006.

4.6.3 Serviços em atenção às urgências e emergências

Os serviços dessa categoria visam proporcionar o acesso oportuno e ágil em casos de urgência e emergência em saúde, e constituem-se pelas Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Serviço de Atendimento Móvel as Urgências - SAMU (Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012) e Unidades de Pronto Atendimento – UPA (Portaria nº 10/GM/MS, de 3 de janeiro de 2017).

Com efeito, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, trata-se de atendimento pré-hospitalar, composto por uma Central de Regulação das Urgências, com médicos, telefonistas, auxiliares de regulação médica e radiooperadores, que orientam e atendem aos chamados de urgência, com o envio de ambulância equipada para socorro rápido de pacientes em situação de emergência.

Por sua vez, as Unidades de Pronto Atendimento -UPA, funcionam 24 horas por dia, nos sete dias da semana, e constituem serviço de urgência a média complexidade, estruturadas com Raio X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação.

4.6.4 Serviços em atenção residencial de caráter transitório

Os serviços em atenção residencial de caráter transitório são prestados através das Unidades de Acolhimento I e II e Comunidades Terapêuticas, os quais serão indicados pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência, mediante projeto terapêutico singular do paciente (art. 9º, §1º, Portaria nº 3.088/2011).

As Unidades de Acolhimento (Portaria nº 121/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012) funcionam durante 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, para acolhimento por até seis meses, de adultos (Unidade de Acolhimento Adulto), adolescentes e jovens (Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil) que necessitam de cuidados contínuos de saúde, decorrentes do uso excessivo de álcool e drogas.

As Comunidades Terapêuticas (Portaria nº 131/GM/MS, de 26 de janeiro de 2012), por seu turno, são instituições de acolhimento residencial com caráter voluntário e transitório (até nove meses) aos dependentes de substâncias psicoativas, visando oferecer cuidados contínuos de saúde, mediante atividades terapêuticas individual e grupal, integrada à Rede de Atenção Psicossocial.

4.6.5 Serviços em atenção hospitalar

Os serviços de referência em atenção hospitalar são ofertados através de Hospitais Gerais (Portaria nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012) e Hospitais-Dia (Portaria GM/MS nº 44, de 10 de janeiro de 2001) e atuam como alternativa à internação psiquiátrica.

Nos termos do que dispõe os incisos I e II do artigo 10 da Portaria nº 3.088/2011, os serviços em Hospitais Gerais serão prestados através de enfermaria especializada, com equipe multiprofissional, para atendimento às pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e drogas em casos de abstinências, intoxicações severas e crise; assim como nos leitos psiquiátricos – que não poderão ultrapassar o limite de 10% da capacidade do hospital ou 30 (trinta) unidades - para internação de curta duração até a estabilidade clínica do paciente. A Portaria Ministerial nº 148/2012, ainda dispõe que esse modelo de tratamento não deve ocorrer de forma isolada, mas integrada a outros pontos de atenção da RAPS.

O Regime de Hospital-Dia, a seu turno, constitui assistência intermediária entre a internação psiquiátrica e tratamento ambulatorial, para realização de procedimentos cirúrgicos, clínicos e terapêutica, com a permanência máxima de 12 horas.

4.6.6 Estratégias de desinstitucionalização

Os serviços em estratégias de desinstitucionalização tem por objetivo assegurar às pessoas com transtorno mental e dependentes químicos egressos de internação psiquiátrica de longa permanência ou hospitais de custódia, na perspectiva da dignidade da pessoa humana e cidadania, a promoção de sua autonomia e progressiva reinserção social. Ocorrem, principalmente, através dos Serviços Residenciais Terapêuticos e “Programa de Volta para a Casa”.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, nos termos do artigo 407 parágrafo único do Regulamento do SUS (Portaria nº 2.048/09), podem ser definidos como:

Entendem-se como Serviços Residenciais Terapêuticos moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social

Com efeito, as residências terapêuticas são destinadas, especialmente, a pacientes que, após longo período de internação psiquiátrica, não possuam ou perdeu laços familiares. Portanto, nos moldes do artigo 410 da aludida Portaria, o projeto terapêutico desenvolvido nessas residências deverá:

- I - ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- II - ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários; e
- III - respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

A referida Portaria estabelece que as residências terapêuticas deverão ser públicas ou não governamentais, sem fins lucrativos, desde que aprovadas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Ademais, as referidas moradias devem ser instaladas fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especiais, com a estrutura e funcionamento definido no artigo 412, além da presença mínima de três profissionais, sendo um de nível superior com especialidade ou experiência em saúde

mental e dois profissionais de nível médio com capacitação em reabilitação psicossocial.

O Programa de Volta para Casa, por outro lado, foi criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 e constitui política pública de reabilitação e inclusão social com vistas a facilitar o processo de desinstitucionalização. A referida lei prevê um auxílio mensal no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) a ser pago diretamente ao beneficiário, ressalvado os casos de incapacidade.

Nos termos da lei, o benefício terá duração de um ano, podendo ser renovado caso seja necessário à reintegração social do paciente. Por outro lado, será suspenso em caso de nova internação e quando alcançado o objetivo de reabilitação social e autonomia do beneficiário.

Por fim, para que o desinternado seja beneficiado é necessário a comprovação de internação em hospital psiquiátrico ou Hospital de Custódia por período igual ou superior a dois anos e que já não seja mais indicado a sua permanência no hospital, mas a possibilidade de reintegração social e necessidade de auxílio financeiro para tanto. Ademais, também é necessário que o beneficiário aceite os termos do programa e dê continuidade ao tratamento em rede de saúde mental extra-hospitalar.

4.6.7 Reabilitação social

À vista de promover a autonomia e reinserção social de pessoas em “desvantagem”, foi editada a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, dispondo sobre a criação e o funcionamento das Cooperativas Sociais.

Nos termos do que dispõe o artigo 1º da referida lei:

Art. 1º As Cooperativas Sociais, constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio do trabalho, fundamentam-se no interesse geral da comunidade em promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos, e incluem entre suas atividades: I – a organização e gestão de serviços sociossanitários e educativos; e II – o desenvolvimento de atividades agrícolas, industriais, comerciais e de serviços.

Ademais, a Portaria GM/MS nº 132, de 26 de dezembro de 2012, prevê incentivos de R\$ 15.000,00 (quinze mil) a R\$ 30.000,00 (trinta mil) mediante o preenchimento de três critérios:

- I - estar inserido na Rede de Atenção Psicossocial;
- II - estar incluído no Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST) do Ministério da Saúde; e
- III - ter estabelecido parceria com Associações de Usuários, Familiares e Técnicos, Cooperativas, Incubadoras de Cooperativas ou Entidades de Assessoria e Fomento em Economia Solidária para apoio técnico e acompanhamento dos projetos.

Destaca-se que o termo “pessoas em desvantagem” utilizado pela lei não deve ser compreendido de forma negativa, mas como reconhecimento do Estado acerca das desigualdades sociais entre indivíduos e a necessidade de adoção de medidas positivas para supri-las. Assim, as cooperativas sociais atuam com a finalidade de favorecer a inserção social e econômica de grupos socialmente vulneráveis, oferecendo-lhes chances de reabilitação por meio de trabalho, não enxergado apenas como uma ocupação, mas especialmente como um meio de emancipação do sujeito.

Outrossim, são consideradas “pessoas em desvantagens” os deficientes físicos, sensoriais, psíquicos e mentais, dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, egressos de hospitais psiquiátricos, dependentes químicos, egressos de prisões, condenados a penas alternativas de detenção e adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar precária do ponto de vista econômico, social ou afetivo (art.3º).

5 OS DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Em que pese o espírito e as conquistas positivadas pelo Movimento Antimanicomial no Brasil, a atual Política Nacional de Saúde está longe de ser o modelo ideal de tratamento e proteção de direitos humanos. Há, ainda, muitos desafios a transpor, dentre os quais, três serão abordados a seguir.

5.1 Desassistência à Saúde Mental

Críticas recorrentes são dirigidas por parte dos profissionais de saúde mental no que tange a redução dos leitos e hospitais psiquiátricos brasileiros. Discute-se que os investimentos repassados pelo governo federal à Rede de Atenção Psicossocial são irrisórios, de modo que os tratamentos extra-hospitalares disponíveis não abarcam a demanda, ocasionando paralelamente à desinstitucionalização a desassistência na área da saúde mental. Nesse sentido, Valentim Gentil assevera que:

O modelo de Saúde Mental implantado no Brasil é ineficiente e não atende às necessidades da população, nem valoriza os atuais conhecimentos da Psiquiatria e das várias profissões de Saúde. (...) A rede de cuidados primários não tem competência para atender transtornos mentais. O ambulatório psiquiátrico é dito incompatível com o modelo. A incidência de transtornos mentais está aumentando (Fuller-Torrey & Miller, 2001) e crescem as evidências de que algumas doenças mentais podem levar a atrofia cerebral. Não se sabe quantos doentes mentais estão fechados em casa. Residências Terapêuticas servem apenas para desospitalizados após longas internações. Asilos são proibidos pela Lei nº 10.216. Milhares de “moradores de rua” estão psicóticos, com depressão, alcoolismo ou abuso de substâncias. Dezenas de pacientes ficam nos pronto-socorros, por falta de leitos hospitalares. Falta atendimento para milhares de doentes mentais graves no sistema prisional. O SUS gasta cinco vezes mais com medicamentos de alto custo e baixa relevância do que com consultas psiquiátricas ambulatoriais e a CORSAM-MS prioriza a reabilitação psicossocial dos transtornos mentais crônicos em vez de tentar evitar cronicidade através de boa prevenção secundária. (GENTIL, 2011, s/p., apud MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p. 200)

De fato, a despeito da preocupação Ministerial no sentido de conduzir a ampliação do modelo ambulatorial de assistência à saúde mental, introduzido pela Lei 10.216/01, a Política Nacional de Saúde Mental estruturada pelo Ministério da Saúde, através de suas Portarias, adotou medidas para redução dos leitos e hospitais

psiquiátricos, mas não logrou êxito na construção proporcional de rede comunitária, ocasionando a mera desospitalização⁶ e até mesmo a desassistência⁷.

Para que se tenha uma ideia, com base no levantamento do Conselho Federal de Medicina, a Agência Brasil (2017, s/p) explicitou na matéria online publicada no dia 21 de março de 2017, que dos 40.942 leitos psiquiátricos existentes em 2005, restaram apenas 25.097 unidades em 143 estabelecimentos em dezembro de 2016, o que representa a redução de quase 40% da oferta de leitos psiquiátricos no SUS em 11 anos. Ainda, segundo a matéria, os estados de Tocantins, Espírito Santo e Pernambuco registraram queda de 91%, 78% e 64% respectivamente.

Com efeito, em agosto de 2017, o Ministério da Saúde disponibilizou levantamento do “Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental” (2017, p. 7), sendo que no referido documento, consta que em 2015 havia 2.462 Centros de Atenção Psicossocial no país; em 2017 apenas 57 Unidades de Acolhimento habilitadas; 1163 leitos de Saúde Mental em Hospitais de Referência e 489 serviços residenciais terapêuticos. No que tange à Atenção Básica de Saúde o número de unidades em 2016 somavam mais de 40,6 mil em funcionamento (GOVERNO DO BRASIL, 2017, s/p).

Portanto, não se pode olvidar que muito embora a reforma psiquiátrica tenha descentralizado o tratamento de saúde mental da figura dos hospitais psiquiátricos, trazendo o doente novamente à sociedade; mesmo após dezessete anos de vigência, a oferta de serviços comunitários no Brasil é ainda incipiente se comparada ao número de usuários, causando desamparo a estes e seus familiares

⁶ “A noção de desinstitucionalização surge nos EUA em decorrência do Plano de Saúde do Governo Kennedy, entendida basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização. (...) Embora calcada em uma crítica conceitual ao modelo da organização psiquiátrica, a desinstitucionalização nessa tradição está voltada, sobretudo, para objetivos administrativos (redução de custos da assistência para os cofres públicos), e menos para uma real transformação da natureza da assistência. No entanto, o hospital psiquiátrico, ou como preferimos denomina-lo, o manicômio, também não é colocado em questão. Entende-se apenas que o manicômio não deva ser de grande porte e que, com a implantação das medidas saneadoras e racionalizadoras, tornar-se-ia, inexoravelmente, um recurso obsoleto”. (AMARANTE, 1996, p. 16).

⁷ “Uma outra tendência verificável nesse processo de reforma coloca-se em oposição à desinstitucionalização, por entende-la como mera desospitalização ou, na radicalidade, como simples desassistência, isto é, como se as políticas de desinstitucionalização não significassem a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado. Entende-se, nesse sentido, que a desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo que está em jogo”. (AMARANTE, 1996, p. 18/19).

que, além de não conseguirem vagas em leitos psiquiátricos, também não encontram aparato nas redes alternativas.

A consequência da desassistência é o reforço do movimento pelo retorno do modelo hospitalocêntrico, o qual aparece, novamente, como a solução imediata para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, inclusive pela via judicial através das internações compulsórias desmedidas.

A propósito, em 21 de dezembro de 2017 o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 3.588 para, dentre outras medidas, promover a inclusão do Hospital Psiquiátrico Especializado na Rede de Atenção Psicossocial e ajuste da remuneração diária das internações. Assim, com essa mudança, as internações que custavam R\$ 49,70 (quarenta e nove reais e setenta centavos) em um hospital de até 160 leitos, passam a custar R\$ 82,40 (oitenta e quatro reais e quarenta centavos).

Em contrapartida, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em análise à aludida portaria, expediu a Recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018, na qual aconselhou a revogação da portaria e publicação de outra em substituição, que estivesse de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, por reputar como retrocesso à Política Nacional de Saúde Mental os seguintes pontos:

- a) A inclusão do hospital psiquiátrico na Rede de atenção Psicossocial (RAPS);
- b) O aumento do valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos;
- c) O não fechamento do leito com a desinstitucionalização do paciente crônico ferindo o disposto nas portarias 106/2000, 3090/2011 e 2840/2014;
- d) O aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral de 15% para 20%;
- e) O aumento do número mínimo de 4 para 8 leitos de saúde mental em hospital geral para recebimento de custeio;
- f) Exigência de taxa de ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral, como condicionante para recebimento de recursos de custeio. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018. 2018, p.1).

No mesmo sentido, Arthur Pinto Filho, Promotor de Justiça de Direitos Humanos do Ministério Público do Estado de São Paulo, destaca, dentre outras críticas, que a portaria em comento atinge políticas públicas delineadas por leis ordinárias, uma vez que

[...] O orçamento do Ministério da Saúde não sofreu qualquer tipo de aumento. Assim, as verbas que serão destinadas aos pagamentos dos

Hospitais Psiquiátricos (aumento médio de 65%) sairão de orçamento já exíguo. Isto é: algum outro investimento em saúde pública será atingido com diminuição ou corte de verba. A prioridade se define, de certo modo, pela forma, o montante e modo de pagamento. (FILHO, Arthur Pinto. Novos Caminhos da Saúde Mental e da Atenção às Drogas no Brasil. Plenária Temática – CREMESP. s/a. p. 09/10)

Deste modo, muito embora o Ministério da Saúde tenha justificado a inclusão dos hospitais psiquiátricos à Rede de Atenção Psicossocial como forma de “reforçar os serviços de saúde mental”, infere-se que a aludida portaria representa grave retrocesso à política de saúde mental brasileira. Isto porque, o reajuste definido pela Portaria Ministerial promove o estímulo ao modelo hospitalocêntrico, em detrimento dos serviços comunitários, que são mais benéficos aos pacientes, mas ainda se encontram precários.

Ademais, além de contrariar o espírito da Reforma Psiquiátrica instituída pela Lei nº 10.216/01, a portaria em comento viola direitos fundamentais consagrados em outras leis ordinárias, na Constituição Federal e Tratados Internacionais de Direitos Humanos.

Com efeito, o direito à reinserção social possui íntima relação com os direitos de liberdade, igualdade, dignidade da pessoa humana e cidadania. As principais ações voltadas à reinserção social das pessoas com transtornos mentais, logo, proteção dos direitos elencados, são efetivadas nas redes comunitárias de atenção à saúde, por meio do projeto terapêutico com vistas a fortalecer os vínculos familiares e a autonomia do paciente. No entanto, uma vez que se estimula o crescimento dos leitos psiquiátricos, concomitantemente, as chances de reabilitação social do paciente são reduzidas, considerando que o paciente egresso de longa internação possui mais dificuldades em se restabelecer, tanto na família, como na sociedade.

Outrossim, fazendo analogia à Lei de Inclusão, com exceção dos casos de curatela em que o indivíduo tem sua capacidade limitada, a pessoa com deficiência/doença mental não poderá ser submetida a intervenção clínica ou cirúrgica, a tratamento ou a institucionalização de maneira forçada (art. 11), bem como deverá ser protegida pelo Estado contra qualquer espécie de violência, tortura, tratamento desumano ou discriminação (art. 5º).

5.2 Fiscalização Ineficiente

Mais que simplesmente prever a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, promover o direito fundamental à saúde é disponibilizar estruturas, tratamento terapêutico e equipe multidisciplinar de qualidade. Deste modo, a avaliação e fiscalização da RAPS configura-se como uma das etapas fundamentais para o aperfeiçoamento do SUS e melhoria das condições de saúde da população.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 28, de janeiro de 2015, reformulando o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), com vistas a

Avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde. Brasília- DF, 2015, p.5)

A despeito disso, não é difícil afirmar que a maioria dos serviços de atenção à saúde mental encontram-se com escassez de funcionários, medicamentos, estrutura, e aparelhagem para a realização de exames.

Não bastasse, além das questões pontuadas acima, recentemente, apurou-se a reprodução de práticas manicomiais na Rede de Atenção Psicossocial; ou seja, apesar da significativa redução dos leitos e hospitais psiquiátricos, os usuários desses serviços continuam sofrendo violações de seus direitos.

Com efeito, em 2017, o Ministério Público Federal, em atuação conjunta com o Conselho Federal de Psicologia e o Sistema Nacional de Prevenção à Tortura, realizaram fiscalizações em 28 comunidades terapêuticas financiadas pelo SUS, na quais verificou-se que todas as unidades apresentavam algum tipo de irregularidade.

No “Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017” publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (2018, p. 11/18), foram relatadas práticas de violação de direitos humanos empregadas nas comunidades terapêuticas, dentre elas, a imposição de castigos, supressão de alimentação; uso de violência física; privação de sono; uso irregular de amarras e medicamentos, violação a direitos de intimidade e retenção de documentos e objetos dos pacientes. Ademais, também se verificou a ausência de profissionais qualificados para atendimento dos pacientes,

bem como a reprodução do ambiente manicomial, com muros altos, portões, trancas e incomunicabilidade, em total desacordo com os preceitos da Lei 10.216/01, que veda expressamente a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições com características asilares (art. 4º, §3º).

Desta maneira, diante da omissão dos órgãos gestores, o Ministério Público, como defensor da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127 CF), acaba por desempenhar uma função primordial na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Ademais, já que incumbido pela Constituição de exigir dos poderes públicos a prestação dos serviços de relevância pública aos cidadãos (CF, art. 129, II) e, sendo as ações de saúde, de relevância pública (CF, art. 197), está o Ministério Público legitimado a adotar todas as medidas necessárias à garantia e respeito dos direitos previstos também nas Leis n. 10.216/2001, nº 13.146/2015 e Tratados Internacionais de Direitos Humanos.

Para tanto, o Ministério Público poderá promover o Inquérito Civil, a Ação Civil Pública e, até mesmo, firmar Termo de Ajustamento de Conduta com os gestores públicos e estabelecimentos, visando assegurar o estrito cumprimento da lei. No que se refere às internações involuntárias e compulsórias, quando não for autor, intervirá como fiscal da lei para assegurar a imprescindibilidade e legalidade da medida, evitando-se, assim, internações arbitrárias que não se prestam ao benefício exclusivo do paciente.

Nesse sentido, sobre a atuação Ministerial, Patrícia Villela ensina que:

O Ministério Público vem se mostrando um agente fundamental na implementação de políticas públicas...Em pouco espaço de tempo, em virtude de intenso esforço institucional, o Ministério Público brasileiro mudou seu paradigma e passou a ser uma Instituição ativa voltada para a realização acesso a uma adequada tutela dos direitos...Por meio do Ministério Público, direitos que não seriam tutelados ou que o seriam de maneira precária – e tutelar direitos precariamente é, em última análise, o mesmo que não os tutelar – passaram a contar com uma possibilidade efetiva de realização. Não soa excessivo afirmar que o Ministério Público otimizou o acesso a uma adequada tutela dos direitos, fortalecendo a democracia e contribuindo para a realização do Estado De Direito. (VILLELA, Patricia. 2009, p.189/190 apud MAPELLI JUNIOR, COIMBRA e MATOS, 2012, p.63)

À vista disso, observa-se que, o controle ineficiente do governo em relação aos serviços de saúde, além da má prestação de serviços, resulta na transferência de recursos públicos a unidades onde há violação de direitos humanos.

Ademais, em que pese o dever de fiscalização quanto aos serviços de saúde mental já tenha sido ressaltado anteriormente pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, quando da condenação no caso Ximenes Lopes, tal obrigação não está sendo devidamente observada. Assim, diante da negligência do Estado, o doente continua sendo lesionado, ainda que fora dos manicômios, o que poderá resultar em nova condenação internacional pela violação de direitos humanos de pacientes com transtornos mentais.

5.3 A Cultura da Exclusão

Em que pesem as críticas estabelecidas nos tópicos antecedentes, a cultura de exclusão é o desafio mais difícil e também o mais importante a ser superado. Isto porque, ainda que todos os manicômios fossem derrubados e os doentes postos em liberdade, o muro invisível do preconceito impede que se ressocializem facilmente.

Com efeito, a cultura da exclusão existe e se concentra em preconceitos e estigmas construídos e fortalecidos ao longo da história da humanidade. Excluímos aquilo que não toleramos na sociedade, dentro dos ditames de convívio social. Excluímos, também, porque é mais cômodo ignorar o problema do que lidar com ele. Assim, a história torna evidente que sempre foi mais simples desprezar os “anormais” do que alterar as regras de normalidade.

Ademais, o problema do desafio em relação à cultura da exclusão, é que se trata de duplo obstáculo, na medida em que o preconceito em face da “loucura” impera em dois níveis: social e institucional.

O preconceito social é aquele que vem sendo abordado em todo o bojo do trabalho. Trata-se da intolerância da sociedade em detrimento do doente. São as faces e rótulos destinados à “loucura” que anulam o ser humano por trás da doença. São as piadas, a vergonha e a ofensa em virtude da condição de doente.

Durante sua trajetória, a loucura sofreu (e ainda sofre) preconceitos; inclusive, da própria família, que vê nos hospitais psiquiátricos, uma grande solução ao caso. Nas ruas, o doente assume o rótulo de delinquente perigoso, ainda que nunca tenha tido uma passagem pela polícia; de irresponsável e incapaz, apesar da legislação em sentido oposto.

Nesse sentido, Renoir da Silva Cunha (2004, p. 97), assevera que

Separar os mitos e preconceitos e evitar os rótulos, que sempre envolveram a doença mental, da realidade, embora não solucionem de todo o problema, constitui um grande passo em direção ao resgate proposto. Quanto à periculosidade, esta não é própria do transtorno mental, mas de alguns casos somente. Alguns portadores de sofrimento psíquico podem cometer crimes graves, mas também é verdade que os tidos como normais cometem um número bem maior dessas infrações

Assim, não se pode negar que a doença mental exige um tratamento diferenciado. No entanto, o que não pode ocorrer é a utilização da diferença como determinante para segregação e anulação do doente, “as possibilidades de resgate da cidadania e de inserção de quem sofre de transtornos mentais, envolvem a revisão das representações de irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade que sempre os rotularam” (CUNHA, 2004, p. 97).

No que tange ao preconceito institucional, a despeito da política de redução dos manicômios no Brasil, e a conseqüente transferência dos pacientes para o tratamento extra-hospitalar; nos dias atuais, ainda é frequente as denúncias de violação de direitos humanos no âmbito das unidades de assistência à saúde mental. Isto ocorre porque, muito embora se tenha modificado o modelo de tratamento à saúde, as práticas anti-humanitárias são reproduzidas no novo sistema, por profissionais de saúde com formação manicomial. Nesse sentido:

O objetivo principal dessa cultura do pessoal auxiliar é conseguir o controle dos pacientes – um controle que deve ser mantido, independentemente do bem-estar do paciente. Esse objetivo fica muito claro com relação aos desejos ou pedidos apresentados pelos pacientes. Todos esses desejos e pedidos, por mais razoáveis que sejam, por mais calmamente que sejam apresentados, ou por mais educadamente que sejam formulados, são considerados como prova de doença mental. A normalidade nunca é reconhecida pelo auxiliar que trabalha num ambiente em que a anormalidade é a expectativa normal. Embora quase todas as manifestações comportamentais sejam descritas aos médicos, estes, na maioria dos casos, apenas confirmam os julgamentos dos auxiliares. Dessa forma, os médicos tendem a perpetuar a noção de que o aspecto fundamental do tratamento dos doentes mentais é seu controle. (BATEMAN, J. & Dunham, H., p. 446 apud GOFMMAN, 2010, p. 78)

A reflexão apresentada por J. Bateman demonstra que a função de controle social atribuída à instituição psiquiátrica, é exercida, especialmente, pelos profissionais, com vistas a manter a obediência dos internos. Há, assim, uma clara relação de hierarquia entre funcionário e doente, a qual se impõe, na maioria dos casos, de forma autoritária e violenta.

Aliás, nessa relação de domínio, a violência pode se tornar recorrente quando o paciente deixa de ser considerado sujeito de direitos e, pela institucionalização, é reduzido a objeto de intervenção médica. Na obra “Manicômios, Prisões e Conventos”, Erving Goffman reflete que, ao dar entrada em uma unidade psiquiátrica, o doente mental, “objetificado”, torna-se material de trabalho da equipe dirigente. Assim, o referido autor aduz que

Dentro desse contexto, talvez a primeira coisa a dizer a respeito da equipe dirigente é que seu trabalho, e, portanto, o seu mundo, se referem apenas a pessoas. Este *trabalho com pessoas* não é idêntico ao trabalho com pessoal de firmas ou ao trabalho dos que se dedicam a relações de serviço; e equipe dirigente, afinal de contas, tem objetos e produtos com que trabalhar, mas tais objetos e produtos são pessoas.

Como material de trabalho, as pessoas podem adquirir características de objetos inanimados (GOFFMAN, 2010, p.70)

Com efeito, essa relação de subordinação violenta, com predominância nas instituições manicomiais, revelou-se totalmente prejudicial ao tratamento dos pacientes com sofrimento mental, resultando em violação de direitos fundamentais, tortura e morte, como já narrado. Deste modo, reputa-se inconcebível qualquer tipo de postura semelhante, já que expressamente antiética, além de conflitante com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e regramentos de proteção a direitos humanos.

Por óbvio, não se pode afirmar que todo profissional atuante na área da saúde mental possui esse tipo de conduta, pois tal afirmação seria, no mínimo, equivocada. Há muitos profissionais éticos e extremamente dedicados a prestar atendimento de qualidade; no entanto, ainda é possível verificar funcionários de saúde reproduzindo práticas violentas de controle social, especialmente aqueles que trabalharam em instituições manicomiais e, após a Reforma Psiquiátrica, foram transferidos para a rede de assistência extra-hospitalar.

Deste modo, mais que a simples desinstitucionalização dos pacientes e extinção das instituições asilares, é necessário que a desinstitucionalização alcance também os profissionais de saúde, despindo-os das práticas manicomiais e, concomitantemente, elevando o usuário à condição de igualdade aos demais cidadãos, por meio do fortalecimento de sua autonomia. Nesse sentido:

O problema então, é o posicionamento da sociedade, da família e do Estado em relação ao doente mental. Nossa tendência de excluir, segregar e punir o diferente, pelo simples fato de ser diferente do estabelecido nas pautas

sociais, e não pelos efetivos danos que possa causar ao corpo social. Nossa falta de solidariedade em aceitar e incluir aqueles que, posto apresentem necessidades especiais, têm outras potencialidades que bem direcionadas podem lhe assegurar existência digna. Percebe-se, pois, que o verdadeiro paradigma a ser transposto não é o manicômio, mas a exclusão, porque acabar, pura e simplesmente, com os hospitais psiquiátricos não resgata a cidadania e a dignidade do portador de sofrimento psíquico. (CUNHA, 2004, p. 96)

Assim, o diagnóstico de doença mental, por si só, não torna o indivíduo incapaz, perigoso ou irresponsável, mas a própria sociedade que impõe tais rótulos e obstáculos seja pela segregação, como pela omissão.

6 CONCLUSÃO

De fato, antes mesmo de receber status de doença mental, a loucura adquiriu diversas concepções de acordo com as variações culturais. Deste modo, podemos concluir que a “loucura”, mais que diagnóstico médico, pode ser compreendida como um fenômeno histórico-cultural, uma vez que as variações de tratamentos dispendidos ao longo da história construíram os pontos de discriminação do doente mental que persistem até hoje, quais sejam, a suposta incapacidade, irresponsabilidade e violência do doente.

Pois bem, vimos que na Grécia primitiva atribuíam-se os transtornos comportamentais às possessões divinas, de modo que o indivíduo nessa condição, não apenas era aceito na sociedade, como também recebia o crédito de “mestre”, alcançando, posteriormente, o posto de “rei-sacerdote”.

Com a crescente onda de racionalização do pensamento, encabeçada pelos filósofos, a loucura, aos poucos, é dissociada da razão; de sorte que pensadores como Hipócrates, Aristóteles e Galeno, iniciam estudos a fim de justificar a loucura sob um aspecto médico, introduzindo o modelo orgânico da loucura.

No entanto, no início da Idade Média, com a forte influência da Igreja Católica, a loucura, antes exaltada e associada aos deuses, passa a ser entendida como sinônimo de pecado. Assim, os loucos são considerados seres perversos possuídos por espíritos malignos, o que justificaria a prática de perseguições religiosas e sociais, tais como exorcismo e sacrifícios.

Com o Renascimento e uma acentuada mudança nas concepções religiosas, a loucura passa a ser tolerada, vivendo de caridades às margens da sociedade, pois vigora a prática da compra de indulgências através de esmolas entregues aos marginais da sociedade, incluindo-se os loucos. Contudo, logo a loucura se destaca dos outros indivíduos e ganha o centro das representações artísticas da época.

Já no final da Idade Média, os loucos começam a ser expulsos de suas cidades por meio das “Naus dos Loucos”, que consistia num ritual simbólico de exclusão da diferença. Com o final das Cruzadas e o desaparecimento da lepra, a loucura herda a repulsa social que pertencia aos leprosos e, através de um movimento de limpeza social, os loucos são lançados aos leprosários, juntamente com outros erros da sociedade, tais como os criminosos. Constatou-se que durante esse

confinamento conjunto, o louco recebeu o título de violento, que o rotula até os dias atuais.

Os primeiros manicômios são construídos devido à superlotação dos antigos leprosários, os quais encarceravam todos os indivíduos que comprometiam à ordem social estabelecida. Entretanto, a economia capitalista em crescimento procurou tirar vantagem desses indivíduos de duas formas: primeiramente, implantou-se o trabalho forçado no interior das instituições para a fabricação de produtos que seriam vendidos a preços inferiores; contudo, após algum tempo entendeu-se que os segregados teriam mais utilidade livres, servindo aos ricos; cortando, assim, as despesas do Estado na manutenção desses indivíduos. Os loucos, por sua vez, considerados improdutivos, permanecem nos locais de exclusão.

A primeira Revolução Psiquiátrica, marcada pela transformação da loucura como doença mental, é promovida por nomes como Tuke, Wagnitz, Riel, Pinel e Esquirol. Aos dois últimos atribui-se a mudança dos conceitos de manicômio para local de efetivo tratamento do doente. Pinel e Esquirol utilizam-se do chamado modelo psicológico da loucura, como forma de tratamento moral, que consistia em coerção moral do doente, para que ele se adequasse às normas de comportamento. Contudo, consideradas avançadas para a época, as teorias destes médicos logo são deturpadas e os hospitais retomam a prática de violação de direitos e exclusão social através dos manicômios.

A segunda Revolução Psiquiátrica é encabeçada por Wilhelm Griesinger, Emil Kraepelin e Sigmund Freud. Destarte, o primeiro foi responsável por reformas na psiquiatria alemã, propondo a redução das internações com a criação de sistema de apoio familiar; o segundo sistematizou a psiquiatria, tornando-a uma especialidade da medicina, bem como estabeleceu importante classificação das doenças mentais (demência precoce, psicose maníaco-depressiva e parafrenia); o terceiro, inicialmente, utilizou-se de técnicas de hipnose para tratamento da doença mental, no entanto, posteriormente substituiu-as por métodos livres, expandindo as bases da psiquiatria por acrescentar à percepção científica fisiológica, fatores psicológicos e socioculturais na análise da doença mental, marcando o nascimento da psicanálise.

A Revolução Psicofarmacológica na França em 1952 proporcionou a possibilidade de substituição dos tratamentos cruéis pelo medicamentoso, a fim de controlar os sintomas da doença. Por fim, a terceira revolução psiquiátrica ocorre na

Itália (1960) com o psiquiatra Franco Basaglia, que instituiu a chamada “psiquiatria democrática”, apresentando uma nova visão sobre o tratamento à loucura, a fim de enfrentar o “duplo da doença mental” e restabelecer o doente à sociedade.

No Brasil, houve a repetição das práticas europeias e, pouco a pouco, os hospitais psiquiátricos foram sendo transformados em instrumentos de lesão a direitos e segregação social, resultando a morte de mais de 60 (sessenta) mil vítimas em apenas uma das instituições, além de condenação internacional no caso Damião Ximenes Lopes versus Brasil. Diante desse cenário de horror, verificado especialmente no período ditatorial, que se caracterizou pelo crescimento econômico, privatizações, fabricação da loucura, violação de direitos fundamentais, aumento das desigualdades sociais; e, sob a inspiração da “Psiquiatria Democrática” instituída por Franco Basaglia, ganha força o intitulado “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil”, com vistas à implementação de uma reforma psiquiátrica que assegurasse o respeito à dignidade e aos direitos da pessoa com transtornos mentais.

Destarte, a Luta Antimanicomial compôs a batalha pela Reforma Sanitária no Brasil, haja vista a precariedade e restrição dos serviços de saúde pública da época. No entanto, muito mais que movimento pelo fim dos manicômios, a Luta Antimanicomial, enquanto movimento social, constituiu movimento em defesa dos direitos humanos negados às pessoas com transtornos mentais.

Após um longo período de ditadura militar no Brasil, a Constituição Federal de 1988 surge como carta de boas-vindas à tão almejada democracia, trazendo em seu bojo a previsão de direitos fundamentais de primeira, segunda e terceira dimensão de direitos. Com efeito, na aludida Constituição o direito à saúde, embora intimamente ligado aos direitos de primeira ou terceira dimensão, foi destinado sistematicamente à categoria de direito fundamental social e tornou-se obrigação do Estado, através da criação do SUS que proporcionou a descentralização e gratuidade dos serviços de saúde destinados a toda população.

A lei nº 10.216/01, no entanto, como fruto da Luta Antimanicomial, veio para assegurar a efetivação dos direitos fundamentais especificadamente às pessoas com transtornos mentais, bem como marcou a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Durante os quase doze anos de tramitação do projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado, o Brasil sofreu diversas transformações no campo da saúde mental, com a assinatura da “Declaração de Caracas” e a criação de legislações específicas sobre

saúde mental nos Estados, tendo como pioneiro o Rio Grande do Sul. Ademais, em respeito aos ditames da lei 10.216/01, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, proporcionando a criação da Rede de Atenção Psicossocial, com a descentralização do tratamento da saúde mental da figura sombria dos manicômios.

Com efeito, a Rede de Atenção Psicossocial é composta por serviços de atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, com predominância ao tratamento ambulatorial, no âmbito familiar.

A despeito disso, mesmo após 17 anos de vigência da lei, a Reforma Psiquiátrica recebe severas críticas, bem como possui alguns desafios a serem transpostos, dentre os quais foram abordados três:

O primeiro desafio se refere a efetividade da própria reformulação da Política Nacional de Saúde Mental, que até então tem ocasionado a desassistência dos usuários e famílias, resultando no risco de retrocesso ao antigo sistema de tratamento à saúde mental, diante da crescente crítica ao fechamento dos hospitais psiquiátricos; o segundo desafio se verifica na má fiscalização dos serviços de assistência à saúde vinculados ao SUS, que ocasiona o repasse de recursos públicos às unidades que promovem a violação de direitos humanos; por fim, o último e mais importante desafio consiste na ruptura da cultura de exclusão, consistente no preconceito social e institucional, que resulta na repetição de práticas manicomiais dentro das unidades de tratamento comunitário.

Verificou-se que, muito mais que instrumento de controle social, o Direito, representa instrumento para acesso à justiça e garantia de direitos historicamente negados. A exemplo disso, a lei 13.146/2015, que instituiu o Estatuto da Pessoa com Deficiência, trouxe uma nova visão sobre o tratamento da “loucura” no regramento brasileiro acerca das hipóteses de incapacidade civil, resgatando a autonomia jurídica do doente mental, com a sua retirada do rol de absolutamente incapazes, além da regulamentação de institutos de proteção, como a curatela e tomada de decisão apoiada.

Todavia, constatou-se que, a despeito das reformas efetivadas, as pessoas com transtornos mentais ainda hoje estão há um ou mais passos atrás das

outras classes sociais vulneráveis, haja vista que, apesar de todas as mudanças efetivas, ainda continuam sofrendo violações de seus direitos.

O presente trabalho teve início com a crítica ao modelo asilar de tratamento à saúde mental; no entanto, ao final, foi possível concluir que a questão é muito mais complexa que a pura e simples extinção das instituições psiquiátricas.

Apesar da luta histórica marcada pelo Movimento Antimanicomial, o Brasil se perdeu dos princípios e objetivos que conduziram à Reforma Psiquiátrica. Assim, o modelo de assistência à saúde brasileira, apesar das reformulações, está longe de ser perfeito, uma vez que o principal obstáculo não se resume ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, como se rezou.

Por outro lado, não se pode negar que, em respeito aos direitos das pessoas com doença mental, bem como, visando evitar a quebra de vínculos e institucionalização desses indivíduos, é preferível que sejam tratados no âmbito doméstico e social; portanto, deve-se proporcionar a assistência comunitária eficaz, que constitui obrigação do Estado.

Como vimos, a desinstitucionalização efetivada no Brasil, revelou-se em desamparo aos usuários do SUS na área da saúde mental; e, mesmo com a construção de modelo comunitário de atenção à saúde, as violações de direitos humanos persistiram, a despeito da redução dos hospitais psiquiátricos. Isto se dá em virtude do duplo preconceito em face dos doentes mentais, que opera dentro e fora das unidades de tratamento de saúde.

Portanto, o maior desafio da Reforma Psiquiátrica gira em torno da promoção de conscientização, educação e capacitação dos profissionais de saúde acerca dos direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como a quebra de estigmas sociais, tais como a suposta irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade do doente.

Ainda persiste a ideia em muitos profissionais de que o paciente é objeto de intervenção, ignorando que são sujeitos de direitos, tal como todos. Assim, é preciso equalizar a relação entre paciente e profissional, de modo a potencializar o tratamento. Nesse sentido, além de investir na ampliação da rede comunitária e aprimorar as legislações existentes, o Estado deve fiscalizar a sua execução, bem como promover políticas públicas de educação, capacitação e conscientização em relação ao tratamento dessa parcela vulnerável, visando a desconstrução de preconceitos, com a construção de uma nova cultura inclusiva.

O Ministério Público, como defensor da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, acaba por desempenhar uma função primordial na proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mediante a exigência e fiscalização do cumprimento das leis e tratados sobre pessoas com transtornos mentais, utilizando-se, para tanto, instrumentos como o Inquérito Civil, Ação Civil Pública e Termo de Ajustamento de Conduta.

No mais, a desinstitucionalização que se busca ocorre por meio da desconstrução das práticas, dos rótulos e preconceitos solidificados; afinal, tudo aquilo que foi construído é passível de desconstrução.

Assim, conclui-se que o processo de desconstrução não é nada simples; não se opera somente pela alteração legislativa, tampouco pela extinção dos hospitais psiquiátricos, mas pela educação que se mostra como a via mais acertada. É necessário informar, capacitar e dialogar para alcançar a mudança tão almejada.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. **CFM: oferta de leitos psiquiátricos no SUS diminuiu quase 40% em 11 anos.** Matéria publicada no dia 21/03/2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/cfm-oferta-de-leitos-psi-quiatricos-no-sus-diminuiu-quase-40-em-11-anos>>. Acesso em: 10 out. 2018.

ALARCÓN, Pietro de Jesús Lora. **O patrimônio genético humano e sua proteção na Constituição Federal de 1988.** São Paulo: Método, 2004.

ALEJARRA. Luís Eduardo Oliveira. **O Conceito de Direito.** Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13911#_ftn4>. Acesso em: 5 set. 2018.

AMARANTE. Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____. **Ensaio:** Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2000.

ARANHA, Márcio Iório (Org.) **Direito sanitário e saúde pública** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde— Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

ARAUJO, Luiz Alberto David; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Curso de Direito Constitucional.** 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

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

ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Estatuto da Corte Interamericana de Direitos humanos.** Disponível: <<https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/v.Estatuto.Corte.htm>>. Acesso em: 07 ago. 2018.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos do Homem.** Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm>. Acesso em: 15 jul. 2018.

_____. **Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental.** Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3695>. Acesso em: 15 set. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL. **Os 35 anos (e a atualidade) da lei Basaglia.** Disponível em: <<http://www.abrasme.org.br/mensagem/view2?q=ODQ3MyUyQzY1JTJDMTJhZTg0Yjc3NjExYWYyZjk3MDY1NWY1ZWNmYTl5ZzE>>. Acesso em: 15 ago.2018.

BICHO DE SETE CABEÇAS, Filme. Direção de Laís Bolognesi, 2000. Brasil.

BRADBURY, Leonardo Cacau Santos La. **Estado Liberal, Social e Democrático de Direito**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/9241/estados-liberal-social-e-democratico-de-direito/1?secure=true>>. Acesso em: 20 ago.2018.

BRAECHER, Lisiane C. **Saúde Mental no SUS**. GT Saúde da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC)/ Ministério Público Federal. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/Saude_Mental_SUS.pdf>. Acesso em: 21 set .2018.

BRASIL. **Constituição Federal da República federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm >. Acesso em Acesso em 22 set. 2018.

_____. **Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm>. Acesso em: 24 jul. 2018.

_____. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 15 set. 2018.

_____. **Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm>. Acesso em 14 set. 2018.

_____. **Lei nº 3.071, de 1 de janeiro de 1916 (Código Civil)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3071.htm>. Acesso em: 20 jul. 2018.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm >. Acesso em: 22 set. 2018.

_____. **Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9867.htm>. Acesso em: 14 out. 2018.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 07 out. 2018.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil)**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm>. Acesso em: 06 out. 2018.

_____. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm> . Acesso em 01 out. 2018.

_____. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 19 set. 2018.

_____. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Disponível: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 06 set. 2018.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 3657/1989**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 5907/2016**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2092777>>. Acesso em 27 nov. 2018.

_____. Câmara dos Deputados. **Década de 70**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/plenario/discursos/escrevendohistoria/visitantes/panorama-das-decadas/copy_of_decada-de-70>. Acesso em: 01 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html>. Acesso em: 06 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 28, de 8 de janeiro de 2015**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html>. Acesso em: 09 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html>. Acesso em: 08 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html>. Acesso em: 05 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 01 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 02 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 01 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html>. Acesso em: 28 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html>. Acesso em: 27 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 26 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 366, de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 08 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 396, de 07 de julho de 2005.** Disponível em: <<http://femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/SAS/2005/Julho/PORTARIA%20Nº396-SAS-Ministério%20da%20Saúde.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html>. Acesso em: 02 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009.** Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/documentos-sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/14_-_portaria_gm_ms_n_2048_de_3-09-2009_aprova_o_regulamento_do_sistema_unico_de_saude_sus.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>
. Acesso: 02 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.**

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>.

Acesso em: 01 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10.708, de 31 de julho de 2003.**

Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 01 out. 2018.

_____. Senado Federal. **FUNDANDO UM HOSPITAL DESTINADO PRIVATIVAMENTE PARA TRATAMENTO DE ALIENADOS, COM A DENOMINAÇÃO DE HOSPÍCIO DE PEDRO II.**

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1841-07-18.;82>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro. Campus, 2004. (Livro Digital) Disponível em:

<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/297730/mod_resource/content/0/norbertobobbio-a-era-dos-direitos.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRITO, Emanuele Seicenti de.; VENTURA, Carla Aparecida Arena. **Evolução dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais: Uma Análise da Legislação Brasileira**. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56228/59440>>. Acesso em: 20 set. 2018.

CAPPELLETTI, Mauro. **Acesso à Justiça**. Tradução de Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Fabris, 1988.

CENTRO UNIVERSITÁRIO “ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO” de Presidente Prudente. **Normalização de apresentação de monografias e trabalhos de curso. Núcleo de Estudos e Pesquisas –NEPE. 2017**. Disponível em:

<<https://toledoprudente.edu.br/imagens/documentosoficiais/Manual%20de%20Normaliza%C3%A7%C3%A3o%20-%20ATUALIZA%C3%87%C3%83O%202017.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CIDH. Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006 (mérito, reparações e custas)**. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

CHERUBINI, Karina Gomes. **Modelos históricos de compreensão da loucura. Da Antigüidade Clássica a Philippe Pinel**. Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 1135, 10 ago. 2006. Disponível em:

<<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/12432-12433-1-PB.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017**. 1ª ed. Brasília/DF, 2018. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 12 out. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendação nº 001, de 31 de janeiro de 2018**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2018/Reco001.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

CORREIA, Ludimila Cerqueira. **O movimento antimanicomial: movimento social de luta pela garantia e defesa dos direitos humanos**. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/primafacie/article/download/7186/4326>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

CUNHA, Renoir da Silva. **DIREITO SANITÁRIO, MINISTÉRIO PÚBLICO E REFORMA PSIQUIÁTRICA**. Revista de Direito Sanitário, vol. 5, n. 1, março de 2004. Disponível em: <www.journals.usp.br/rdisan/article/download/80890/84517>. Acesso em: 05 mai. 2018.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2018.

FACCHINETTI, Cristiana. **Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental**. Resenha do livro “Tratado médico filosófico sobre a alienação menta ou a mania”. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/14.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

FILHO, Arthur Pinto. **Novos caminhos da saúde mental e da atenção às drogas no Brasil**. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos/eve_15052018_150834_Arthur%20Filho%2001.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

FILHO, Naomar de Almeida.; COELHO, Maria Thereza Ávila.; PERES, Maria Fernanda Tourinho. **O Conceito de Saúde Mental**. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/viewFile/28481/30335>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

FILHO, João Trindade Cavalcante. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaltvjustica/portaltvjusticanoticia/anexo/joao_trindade__teoria_geral_dos_direitos_fundamentais.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2018.

FOLHA DE LONDRINA. **Governo reajusta pagamento por longa internação em hospitais psiquiátricos**. Disponível em: <<https://www.folhadelondrina.com.br/geral/governo-reajusta-pagamento-por-longa-internacao-em-hospitais-psiquiatricos-1013800.html>>. Acesso em: 11 out. 2018.

FOUCAULT, Michel, 1926-1984. **História da Loucura: na Idade Clássica (Histoire de la Folie à l'Âge Classic)**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. – São Paulo: Perspectiva, 2014.

_____. **Doença Mental e Psicologia (Maladie mentale et psychologie)**. Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ FRIO CRUZ. **Hospício de Pedro II**. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

GARCIA, Janaina. **Inspeção em comunidades terapêuticas de 11 estados revela tortura, sequestro e cárcere privado**. Uol Notícias, São Paulo. 19/06/2018. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2018/06/19/inspecao-em-comunidades-terapeuticas-de-11-estados-revela-tortura-sequestro-e-carcere-privado.htm>>. Acesso em: 10 out. 2018.

GLOBERKNER, Osmir Antonio. **A saúde entre o público e o privado: o desafio da alocação social dos recursos sanitários escassos**. Curitiba: Juruá, 2011, 182p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos (Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates)**. Tradução: Dante Moreira Leite. São Paulo. Editora Perspectiva, 2010.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito civil brasileiro, v. 1 – Parte geral, 15ª edição., São Paulo. Editora Saraiva, 2017. [Recuso Eletrônico - Minha Biblioteca].

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. SECRETARIA DA SAÚDE. **Quem foi Philippe Pinel**. Disponível em: <<http://portal.saude.sp.gov.br/caism-philippe-pinel/institucional/quem-foi-philippe-pinel>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

GOVERNO DO BRASIL. **Unidades Básicas de Saúde recebem R\$ 12,5 milhões**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2016/08/unidades-basicas-de-saude-recebem-r-12-5-milhoes>>. Acesso em: 15 de outubro de 2018.

GULLAR, Ferreira. **Considerações sobre a loucura**. Disponível em: <www.academia.org.br/artigos/consideracoes-sobre-loucura>. Acesso em 18 abr. 2018.

DIÓGENES JUNIOR, José Eliaci Nogueira. **Gerações ou dimensões dos direitos fundamentais?** Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11750>. Acesso em: 25 ago. 2018.

KUMPEL, Vitor Frederico. BORGARELLI, Bruno de Ávila. **As Aberrações da Lei 13.146/2015**. Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI224905,61044-As+aberracoes+da+lei+131462015>>. Acesso em: 07 out. 2018.

LANDEIRA-FERNANDES, J., CHENIAUX, ELIE. **Cinema e Loucura**. Porto Alegre, Artmed, 2010. Disponível: [Minha Biblioteca].

LEITE, Flávia Almeida.; RIBEIRO, Lauro Luiz Gomes.; FILHO, Waldir Macieira da Costa. (org.). **Comentários ao Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Saraiva Educação, 2016. [Recurso Eletrônico - Minha Biblioteca].

LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões**. Disponível: <<http://books.scielo.org/id/sd/pdf/finkelman-9788575412848-03.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

LÔBO, Paulo. **Com avanços legais, pessoas com deficiência mental não são mais incapazes**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2015-ago-16/processo-familiar-avancos-pessoas-deficiencia-mental-nao-sao-incapazes>>. Acesso em: 15 jul. 2018.

LOPES, Fabio Cardoso. **Loucura e Cultura**. Disponível em: <<https://www.webartigos.com/artigos/loucura-e-cultura/10325>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

LURCONVITE, Adriano dos Santos. **Os direitos fundamentais: suas dimensões e sua incidência na Constituição**. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=artigos_leitura_pdf&%20artigo_id=4528#_ftnref27>. Acesso em: 25 ago. 2018.

_____. **A evolução histórica dos direitos sociais: da Constituição do Império à Constituição Cidadã**. Disponível em <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7417>. Acesso em: 22.09.2018.

LUZ, Madel Therezinha. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>>. Acesso em: 22 set. 2018.

MALTA, Ludimilla Castro. **Desinstitucionalização na Saúde Mental**. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/67241511-Desinstitucionalizacao-na-saude-mental-ludmilla-castro-malta-psicologa-coordenacao-estadual-da-saude-mental.html>>. Acesso em: 30 set. 2018.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo; COIMBRA, Mario; MATOS, Yolanda Alves Pinto Serrano de. **Direito Sanitário**. São Paulo: Ministério Público, Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça Cível e de Tutela Coletiva, 2012. 312p.

MARTINS, Flavia Bahia. **O Direito Fundamental à Saúde no Brasil sob a Perspectiva do Pensamento Constitucional Contemporâneo**. Dissertação de Mestrado em Pós-Graduação de Direito da PUC-Rio. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp077034.pdf>>. Acesso em 15 set. 2018.

PACHECO, Maria Vera Pompêo de Camargo. **Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142003000200152>. Acesso em: 30 abr. 2018.

PADUA, Daisy Martins de. **Da capacidade civil e implicações atuais**. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/62737/da-capacidade-civil-e-implicacoes-atuais>>. Acesso em: 23 set. 2018.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica**. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <<https://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/pereirarc.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2018.

PIAI, Carolina. **De volta aos manicômios? SUS retoma debate sobre hospitais psiquiátricos no Brasil**. Disponível em: <<https://artebrasileiros.com.br/brasil/de-volta-aos-manicomios-sus-retoma-debate-sobre-hospitais-psiquiatricos-no-brasil/>>. Acesso em: 12 out. 2018.

POMBO, Rocha. **Dicionário de sinônimos da língua portuguesa** – 2. ed. – Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Letras, 2011. (Coleção Antônio de Moraes Silva: v. 10). (Recurso eletrônico). Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/4318353/dicionario-da-lingua-portuguesa---pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

QUEM foi Philippe Pinel e Esquirol. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/quem-foi-philippe-pinel-e-esquirol/32125>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

QUIRINO, Lorraine Cristina.; CHRISOSTOMO, Yasmin Batistela. EBAID, Augusta Rodrigues Westin. **A Nova Perspectiva da Incapacidade Civil, à Luz do Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <<http://www.unoeste.br/site/enepe/2017/suplementos/area/Socialis/01%20-%20Direito/A%20NOVA%20PERSPECTIVA%20DA%20INCAPACIDADE%20CIVIL,%20À%20LUZ%20DO%20ESTATUTO%20DA%20PESSOA%20COM%20DEFICIÊNCIA.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

RAMOS, André de Carvalho. **Reflexões sobre as vitórias do caso Damião Ximenes Lopes**. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2006-set-08/reflexoes_vitorias_damiao_ximenes>. Acesso em: 13 ago. 2018.

REALE, Miguel. **Teoria tridimensional do direito**. 5. ed. São Paulo. Saraiva, 1994.

8ª CONFERÊNCIA DE SAÚDE. Relatório Final, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

RESENDE, Marília Ruiz e. **Constituições do Brasil: como chegamos até aqui?** Publicação 20 de agosto de 2015. Disponível em: <<http://www.politize.com.br/constituicoes-do-brasil-resumo/>>. Acesso em: 05 mai. 2018.

REY, Philippe Marius. **O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875)**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. vol.15 no.2 São Paulo June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000200012>. Acesso em: 03 mai. 2018.

RONCOLATO, Murilo. **Manicômios: por que eles ainda são um problema no Brasil**. Nexo Jornal. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/reportagem/2016/10/30/Manicômios-por-que-eles-ainda-são-um-problema-no-Brasil>>. Acesso em: 12 out. 2018.

_____. **As violações de direitos em comunidades terapêuticas pelo Brasil**. Nexo Jornal. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2018/06/20/As-violacoes-de-direitos-em-comunidades-terapeuticas-pelo-Brasil>>. Acesso em: 03 out. 2018.

SANTORO FILHO, Antônio Carlos. **Direito e Saúde mental**. 1ª ed. São Paulo: Verlu Editora, 2012.

SAMPAIO, Cristiane. Brasil de Fato. **Inspeção revela violação de direitos humanos em 28 comunidades terapêuticas**. Disponível: <<https://www.brasildefato.com.br/2018/06/18/inspecao-revela-violacao-de-direitos-humanos-em-28-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 14 out. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang. **As assim chamadas dimensões dos direitos fundamentais e a contribuição de Paulo Bonavides**. Democracia e direitos fundamentais: uma homenagem aos 90 anos do professor Paulo Bonavides /organização Emanuel Andrade Linhares, Hugo de Brito Machado Segundo. 1. ed. - São Paulo: Atlas, 2016. [Recurso Eletrônico - Minha Biblioteca]. Acesso em: 10 ago. 2018.

SÁUDE. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

SILVA, Maria Isabel da. **Por que a terminologia “pessoa com deficiência”?** Disponível em: <<https://www.selursocial.org.br/porque.html>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SIQUEIRA Jr., Paulo Hamilton. **Teoria do direito**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

SCHRAMM Fermin Roland; BRAZ, Marlene; **Bioética e pesquisa em saúde mental**. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (4):2035-2044, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n4/2035-2044/pt>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

SHIMOSAKAI, Ricardo. **Deficiência Intelectual e Doença Mental. Qual a Diferença?** Disponível em: <<https://turismoadaptado.com.br/deficiencia-intelectual-e-doenca-mental/>>. Acesso em: 19 out. 2018.

SOUTO, Cláudio.; FALCÃO, Joaquim. (Org.) **Sociologia e direito: textos básicos para a disciplina de sociologia jurídica.** São Paulo. Editora Pioneira Thomson, 2002.

SUNDFELD, Carlos Ari. **Fundamentos de Direito Público.** 4ª edição, revista, aumentada e atualizada, 10ª tiragem. Brasil. Malheiros Editores, 04.2009. (Livro digital). Disponível em: <<https://inalgebra1.files.wordpress.com/2013/08/sundfeld-carlos-ari-fundamentos-de-direito-pc3bablico.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

VASCONCELLOS, Jorge. Filosofia e loucura: a ideia de desregramento e a filosofia. In: AMARANTE, P., org. **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

VILLA, Marco Antônio. **A história das Constituições brasileiras.** São Paulo/SP. Ed. Grupo Leya, 2011.

YASUI. Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Tese de Doutorado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2006, 208 p. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>>. Acesso em: 10 de set. 2018.