



Centro Universitário de Brasília - UniCEUB
Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais – FAJS
Curso de Bacharelado em Direito

MARIA GABRIELA MOURÃO DINIZ

**“CAMPO DE CONCENTRAÇÃO”: DO MANICÔMIO AO DESASTRE:
UMA REFLEXÃO SOBRE O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

**BRASÍLIA
2018**

MARIA GABRIELA MOURÃO DINIZ

**“CAMPO DE CONCENTRAÇÃO”: DO MANICÔMIO AO DESASTRE:
UMA REFLEXÃO SOBRE O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador: Professor Doutor André Pires Gontijo

BRASÍLIA

2018

MARIA GABRIELA MOURÃO DINIZ

**“CAMPO DE CONCENTRAÇÃO”: DO MANICÔMIO AO DESASTRE: UMA
REFLEXÃO SOBRE O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Artigo científico apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais - FAJS do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB).

Orientador: Professor Doutor André Pires Gontijo

BRASÍLIA

20 DE SETEMBRO DE 2018.

BANCA AVALIADORA

Professor(a) Orientador(a)

Professor(a) Avaliador(a)

“Campo de concentração”: do manicômio ao desastre: uma reflexão sobre o contexto da saúde mental no Brasil

Maria Gabriela Mourão Diniz

Resumo: O objetivo deste artigo é refletir o contexto da saúde mental no Brasil, e discutir a questão dos direitos humanos desrespeitados em hospitais psiquiátricos, em especial, o Hospital Colônia de Barbacena, que deu origem à obra “Holocausto Brasileiro”, de Daniela Arbex. Trata-se da reforma psiquiátrica e faz-se uma revisão histórica dos caminhos percorridos pelas questões de saúde mental, que envolvem a evolução das políticas públicas e legislação, objetivando a reabilitação psicossocial. Baseia-se em revisão bibliográfica. Constata-se que a luta antimanicomial perdura até os dias de hoje, não bastando apenas a presença ativa do Estado ou políticas públicas para que os doentes sejam tratados de forma humanitária visando a reinserção na sociedade. O preconceito cultural é um grande obstáculo quando tratamos de tais questões e deve existir um trabalho conjunto entre sociedade e poder público.

Palavras-chave: Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Luta antimanicomial. Políticas públicas. Holocausto Brasileiro. Direitos Humanos. Reabilitação psicossocial.

Abstract: The objective of this article is to reflect the context of mental health in Brazil and to discuss the issue of human rights disrespected in psychiatric hospitals, especially the Hospital Colônia de Barbacena, which gave rise to the work "Holocausto Brasileiro" by Daniela Arbex. It is about the psychiatric reform and a historical review is made of the paths covered by mental health issues, which involve the evolution of public policies and legislation, aiming at psychosocial rehabilitation. It is based on a bibliographic review. It is noted that the anti-asylum struggle continues to this day, not just the active presence of the State or public policies so that patients are treated in a humane way with a view to reintegration into society. Cultural prejudice is a major obstacle when we address such issues and there must be a joint work between society and public power

Keywords: Mental health. Psychiatric reform. Anti-asylum fight. Public policy. Brazilian Holocaust. Human rights. Psychosocial rehabilitation.

Sumário: Introdução. 1 - Reflexões sobre o contexto da saúde mental. 1.1. - Introdução à questão da saúde mental no Brasil e no mundo. 1.2. - A saúde mental como um direito fundamental; 1.3. - Legislação nacional: o ciclo de políticas públicas para a saúde mental. 2 - Os direitos humanos debatidos na "luta antimanicomial". 2.1. - O modelo manicomial. 2.2. - A trajetória dos direitos humanos, a DUDH e os demais dispositivos internacionais. 2.3. - Violações dos direitos humanos ocorridas no “Holocausto Brasileiro” e nos demais manicômios brasileiros. 2.4. - Políticas públicas e a luta antimanicomial no Brasil. 3 - Reforma psiquiátrica no Brasil: é possível evitar outros "holocaustos" no Brasil? 3.1. - Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216/01. 3.2. -Reabilitação psicossocial e ressocialização. 3.3. - Dificuldades e desafios (referentes à reforma psiquiátrica e suas consequências). Considerações finais. Referências. Agradecimentos.

INTRODUÇÃO

No presente artigo, após uma longa pesquisa bibliográfica, parte-se do início da situação da questão da saúde mental no Brasil, onde, com a criação do Hospício de Pedro II em 1852, inaugura-se o modelo manicomial no país. Desde o início das civilizações, por conta do preconceito e falta de informação, os doentes mentais carregam um estigma de periculosidade, incapacidade e inutilidade.

É garantido à saúde o status de direito fundamental, sendo obrigatório que o Estado forneça acesso a todos os cidadãos. Nos artigos 6º, 196º e 200º da Constituição Federal de 88 estão dispostas algumas diretrizes acerca do tema. A primeira legislação específica surgiu nos anos 60, no período da Ditadura Militar, e deu início a promulgação de outras leis, decretos e portarias importantes.

Uma delas foi a portaria de criação da rede de serviços substitutivo, que é originária das ideias da Reforma Psiquiátrica e tem papel principal, pois o modelo manicomial tem como objetivo retirar o doente da vida social, controla-lo e disciplina-lo afim de normatiza-lo para que ele volte ao convívio conforme exigido nos moldes sociais. O foco então é o tratamento da doença, não importando as necessidades e particularidades de cada indivíduo.

Muito se fala dos direitos humanos desrespeitados nesse modelo que tem como prioridade a internação. Os referidos direitos são aqueles inerentes ao homem, sendo assim, cabem a todos, independentemente de cor, raça ou gênero. Com a criação da Declaração dos Direitos Humanos buscava-se promover a paz e luta contra a opressão, garantindo o respeito à dignidade da pessoa humana e outros princípios. Após a DUDH foram criados outros dispositivos internacionais voltados à saúde mental e, conseqüentemente, ao respeito de tais princípios.

Quando voltamos ao passado revendo a história da evolução da questão de saúde mental, percebemos que os doentes, em sua grande maioria, viviam em uma situação degradante, como é o caso do que ocorreu no Hospital Colônia de Barbacena. A jornalista Daniela Arbex narra, em seu livro-reportagem, a situação miserável ao qual os doentes eram submetidos no Colônia. Falta de alimentos, roupas, superlotação, castigos, abusos e mortes. Mais de 60 mil pessoas morreram devido aos tratamentos cruéis.

De situações históricas como a descrita surge a necessidade de um plano para a saúde mental no país, políticas públicas que fortaleçam a luta antimanicomial. Daí vem criação dos CAPS e demais serviços, que tem como foco principal a reabilitação psicossocial, cujo propósito é a devolução do sentido de cidadania e autonomia desses indivíduos, e consequente reinserção deles na sociedade com a consciência do valor de sua vida e seu esforço.

Entretanto, ainda existem muitas dificuldades e obstáculos quando o assunto é tratamento humanitário e reabilitador. O objetivo do presente artigo é tratar da questão acerca da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial juntamente com a exposição de toda a situação desumana ocorrida nos hospitais psiquiátricos, tendo como objeto principal de estudo a narrativa da situação do Hospital Colônia, afim de gerar uma reflexão sobre o que se pode ser feito para que não mais ocorram retrocessos no âmbito da saúde mental.

1 REFLEXÕES SOBRE O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL

Para que possamos compreender a questão da saúde mental é necessário repassar a história de sua evolução. Traçaremos aqui uma breve linha do tempo acerca do tema, trataremos da saúde mental como direito fundamental garantido na Constituição Federal e serão expostos os dispositivos legais de mais importância para o tema.

1.1 Introdução à questão da saúde mental no Brasil e no mundo

Desde o início da história da humanidade é possível observarmos grupos ou pessoas que apresentavam comportamentos considerados “anormais” perante a sociedade. Eram indivíduos não compreendidos, julgados e excluídos, que, em várias culturas e sociedades primitivas viviam subjugados à vida em cativeiro, afastados do convívio social, sem direitos ou reconhecimento perante à comunidade por serem considerados amaldiçoados, possuídos ou um castigo divino (FOUCAULT, 1975).

A exclusão, a vergonha e o preconceito, em sua maioria originados no próprio seio familiar, esteve presente em todo caminho de evolução, ou não-evolução, percorrido no âmbito da Saúde Mental no Brasil e no mundo. Em meados do século XVIII existiam, na Europa, instituições onde tais indivíduos, popular e pejorativamente denominados “loucos”, eram internados para o chamado “tratamento moral” proposto por Pinel (2007) (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

No Brasil, do marco do descobrimento até meados de 1800, não existia qualquer política voltada à saúde mental. Os doentes mentais viviam largados e excluídos, e quando cometiam qualquer ato ilícito, algo considerado imoral ou socialmente errado, eram enviados a cadeia, onde passavam o tempo, em sua maioria, amarrados (MOREIRA, 2011).

Conforme relatou Figueiredo (1996), em 1817 foi registrado a primeira internação psiquiátrica na Santa Casa de São João Del Rey em Minas Gerais. No país o tratamento aos loucos foi de competência da Irmandade da Misericórdia pelas mãos das Santa Casas até a proclamação da república em 1889 (FIGUEIREDO, 2000; MOREIRA, 2011).

Em 1830, no Código Criminal do Império, os portadores de doenças mentais foram intitulados “loucos de todo gênero” (PERES; NERY FILHO, 2002). Esse termo foi mantido no Código Civil de 1916, demonstrando a ínfima evolução ocorrida durante esse período.

Um fato marcante na saúde mental nacional ocorreu no ano de 1841, quando foi determinada por meio do decreto de número 82 a criação do Hospício Pedro II localizado no Rio de Janeiro (TEIXEIRA; RAMOS, 2012). No referido decreto constava a seguinte mensagem:

Desejando assinalar o fausto dia de minha sagração com a criação de um estabelecimento de publica beneficência: hei por bem fundar um hospital destinado previamente para o tratamento de alienados com a denominação de Hospício Pedro II o qual ficará anexo ao Hospital Santa Casa de Misericórdia desta corte, debaixo de minha imperial proteção D. Pedro II, Imperador do Brasil (AMARANTE, 2008, p. 28).

O hospício inaugurado em 1852 foi construído nos moldes de um grande palácio e não foram poupadas medidas para embelezar o local, onde foi investido muito capital. Após algum tempo esse fato foi motivo de debates e críticas, afinal, a beleza do local condizia com a qualidade dos tratamentos? (GONÇALVES, 2013).

Para a equipe médica do Pedro II, a disciplina era premissa básica para aqueles que não se encaixavam nos moldes sociais. Juntamente com controle e punição, que, segundo eles, eram elementos imprescindíveis, seria viabilizada uma adequação e submissão desses ditos loucos e, em consequência, uma readaptação e reinserção deles na sociedade (GONÇALVES, 2013).

Mesmo com a criação de outros hospitais psiquiátricos espalhados pelo país, o Hospital Pedro II era o principal estabelecimento de tratamento dos alienados no Brasil e na América Latina (GONÇALVES, 2013). Desde o início de seu funcionamento sofria de problemas como

fluxo grande de alienados considerados insanáveis e déficit financeiro, o que gerou uma série de reformas (ENGEL, 2001).

Após a Proclamação da República o governo provisório retirou as irmãs da Santa Casa de Misericórdia da administração da instituição por meio do Decreto nº 142 A, de 11/01/1890, sendo agora controlado pelo Ministério da Justiça. Em outro decreto houve a mudança do nome para “Hospital Nacional de Alienados” e a criação de colônias que seriam como extensões do hospital, visando auxiliar na questão da superlotação (MOREIRA, 2011; TEIXEIRA, 2005).

E assim foi se criando o cenário da saúde mental no país. Uma demanda grande de doentes mentais e poucos com a possibilidade de acesso a tratamentos, e o mais importante, tratamentos que, de fato, resultassem na reinserção desses indivíduos na vida social.

1.2 A saúde mental como um direito fundamental

Direitos fundamentais são aqueles que garantem uma vida livre, digna e igualitária a todos os indivíduos, por isso são direitos básicos e indispensáveis que estão previstos na nossa Constituição Federal. Eles têm como alicerce os princípios dos Direitos Humanos e asseguram a liberdade, vida, segurança, igualdade, educação, saúde, entre outros (SARLET, 2003).

Dentro deles temos a subdivisão em gerações, que também podem ser nomeadas de dimensões. Como afirma Ferreira Filho (2016), essas dimensões estão relacionadas com os princípios de liberdade (1ª geração), igualdade (2ª geração) e fraternidade (3ª geração), advindos do lema da Revolução Francesa. Paulo e Alexandrino afirmam que:

Os direitos de primeira geração realçam o princípio da liberdade. [...] caracterizam-se por impor ao Estado um dever de abstenção, de não fazer, de não interferência, de não intromissão no espaço de autodeterminação de cada indivíduo. São as chamadas liberdades individuais, que têm como foco a liberdade do homem individualmente considerado, sem nenhuma preocupação com as desigualdades sociais. Os direitos fundamentais de segunda geração correspondem aos direitos de participação, sendo realizados por intermédio da implementação de políticas e serviços públicos, exigindo do Estado prestações sociais, tais como saúde, educação, trabalho, habitação, previdência social, assistência social, entre outras. São, por isso, denominados direitos positivos, direitos do bem-estar, liberdades positivas ou direitos dos desamparados. Os direitos de terceira geração consagram os princípios da solidariedade e da fraternidade. São atribuídos genericamente a todas as formações sociais, protegendo interesses de titularidade coletiva ou difusa. São exemplos de direitos fundamentais de terceira dimensão, que assistem a todo o gênero humano, o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, à defesa do consumidor, à paz, à autodeterminação dos povos, ao patrimônio comum da humanidade, ao progresso e desenvolvimento, entre

outros. O Estado e a própria coletividade têm a especial incumbência de defender e preservar, em benefício das presentes e futuras gerações, esses direitos de titularidade coletiva e de caráter transindividual” (PAULO; ALEXANDRINO, 2017, p. 98-99).

Interpretamos então a primeira dimensão como sendo a questão da dignidade do doente mental, que deve sempre ser respeitada, a segunda dimensão como a criação de políticas públicas voltadas ao tema da saúde, e a terceira dimensão seria, então, evitar o retrocesso, ou seja, formas de se impedir que voltemos aos moldes passados e criemos planos aceitando ações retrogradadas (MORAES, 2008; PAULO; ALEXANDRINO, 2017).

Além desse conteúdo ético, os direitos fundamentais também apresentam conteúdo normativo. Como afirma Marmelstein (2014, p. 19 e 20), “[...] pode-se dizer que, sob o aspecto jurídico-normativo, somente podem ser considerados como direitos fundamentais aqueles valores que foram incorporados ao ordenamento constituinte de determinado país.”.

Dessa maneira inferimos que não existem direitos fundamentais que decorram de lei, eles advêm da Constituição, assim sendo, a lei pode apenas regular o seu funcionamento, como bem explica o autor:

Os direitos fundamentais são normas jurídicas, intimamente ligadas à ideia de dignidade da pessoa humana e de limitação do poder, positivadas no plano constitucional de determinado Estado Democrático de Direito, que, por sua importância axiológica, fundamentam e legitimam todo o ordenamento jurídico. Há cinco elementos básicos neste conceito: norma jurídica, dignidade da pessoa humana, limitação de poder, Constituição e democracia. Esses cinco elementos conjugados oferecem o conceito de direitos fundamentais. Se determinada norma jurídica tiver ligação com o princípio da dignidade da pessoa humana ou coma limitação do poder e for reconhecida pela Constituição de um Estado Democrático de Direito como merecedora de uma proteção especial, é bastante provável que se esteja diante de um direito fundamental (MARMELESTEIN, 2014, p. 20, grifo nosso).

Anteriormente à mudança ocorrida após o pós-positivismo, os direitos fundamentais, princípios e até mesmo a Constituição não eram amplamente respeitados e seguidos. Decorrente da Segunda Guerra mundial, o Julgamento de Nuremberg foi muitíssimo importante para o direito no que se diz respeito a forma com que os tais princípios como o da dignidade da pessoa humana passaram a ser vistos, conforme confirma o autor:

A sentença condenatória, proferida pelo Tribunal de Nuremberg, apesar de todas as críticas que lhe podem ser imputadas por ter violado princípios básicos do direito penal, simbolizou, no âmbito jurídico, o surgimento de uma nova ordem mundial, **onde a dignidade da pessoa humana foi reconhecida como um valor suprapositivo, que está, portanto, ácida da própria lei e**

do próprio Estado. A partir do Julgamento de Nuremberg, qualquer violação à dignidade humana praticada como política de governo passou a construir desrespeito à humanidade como um todo (MARMELSTEIN, 2014, p. 9, grifo nosso).

George Marmelstein (2014, p. 4) afirma que “[...] os direitos do homem estão acima dos direitos do Estado”. Segundo ele, é isso que representa e significa o Julgamento de Nuremberg, o reconhecimento da importância da dignidade da pessoa humana.

Acabado o período do regime nazista, o sistema jurídico da Alemanha, em especial, ficou perdido, pois esse período negro foi, como afirma o autor, “[...] um balde de água fria no positivismo Kelseniano” (MARMELSTEIN, 2014, p. 10), visto que muitos compreendiam que sua teoria abriu uma brecha para que as atrocidades realizadas pudessem ser legalmente justificadas, como afirma o autor:

Não há como negar que sua teoria pura forneceu embasamento jurídico para tentar justificar as atrocidades praticadas contra judeus e outras minorias. Afinal, o formalismo da teoria pura não dá margem a discussão em torno do conteúdo da norma. Na ótica de Kelsen, não cabe ao jurista formular qualquer juízo de valor acerca do direito. Se a norma fosse válida, deveria ser aplicada sem questionamentos” (MARMELSTEIN, 2014, p. 11).

Conforme ensinam Fernandes e Bicalho (2011), Kelsen afirmava, então, que questões jurídicas deveriam ser resolvidas como tal, sem envolver juízo de valor e ou conhecimentos amplos em áreas diversas. Assim nasceu o chamado pós-positivismo. Depois da decepção relacionada ao positivismo de Kelsen, os juristas, observando as evoluções e necessidades sociais ocorridas após a Segunda Guerra, deram início a essa nova corrente como uma forma de proteger a dignidade da pessoa humana, que até anteriormente era deixada de lado ou tratada como secundária (DELGADO, 2015). Pois como afirma Marmelstein (2014, p. 10) “[...] a mesma tinta utilizada para escrever uma Declaração de Direitos Humanos pode ser utilizada para escrever as leis do nazismo.”.

Como o direito positivo, de certa forma, falhou, o esperado era que o direito natural viesse a ser posto em evidência, porém, o que aconteceu foi que trouxeram os valores, em especial o da dignidade humana para o interior do direito positivo e assim eles foram positivados, ficando acima da hierarquia das normas e sendo protegidos. O que significa que a lei, que era o centro de tudo para o positivismo Kelseniano, passou a dar espaço também para os valores e princípios, mesmo que esses fossem mais abstratos e subjetivos (HORBACH, 2007). O Ministro Barroso confirma dizendo que:

O pós-positivismo não surge com o ímpeto da desconstrução, mas como uma superação do conhecimento convencional. Ele inicia sua trajetória guardando deferência relativa ao ordenamento positivo, mas nele reintroduzindo as ideias de justiça e legitimidade (BARROSO, 2001, p. 32).

Há, a partir desse momento, um equilíbrio entre normas e princípios, os dois passam a ser vistos do mesmo patamar. Nesse momento ocorre também uma mudança no que diz respeito a validade de uma lei. Uma norma ou lei só valeria se ela não fosse contra os princípios e valores da dignidade, por exemplo (FERNANDES; BICALHO, 2011).

Com essa mudança, o direito constitucional também sofreu grande alteração. A Constituição passou a ter um lugar de maior destaque e respeito, e Kelsen teve forte influência nessa nova visão dos direitos fundamentais, já que, para ele “a Constituição encontra-se no ápice do sistema hierárquico de normas, sendo que todas as demais normas, em última análise, buscarão seu fundamento de validade no texto constitucional” (MARMELSTEIN, 2014, p. 14). Com essa nova forma de pensar os valores, princípios e os direitos fundamentais em geral, podemos concluir que:

(a) os princípios possuem um forte conteúdo ético-valorativo; (b) a teoria moderna reconhece a normatividade potencializada dos princípios, ou seja, os princípios e as regras são espécies de normas jurídicas; (c) a Constituição é o ambiente mais propício à existência de princípios; (d) por isso, a Constituição passou a ocupar um papel de destaque na ciência do direito. **A partir daí, a ordem jurídico-constitucional de diversos países tornou-se centrada na dignidade da pessoa humana, fazendo surgir, dentro da comunidade jurídica, uma verdadeira teoria dos direitos fundamentais**, cujas premissas são, em síntese, as seguintes: (a) crítica ao legalismo e ao formalismo jurídico; (b) defesa da positivação constitucional dos valores éticos; (c) crença na força normativa da Constituição, inclusive nos seus princípios, ainda que potencialmente contraditórios; (d) compromisso com os valores constitucionais, especialmente com a dignidade humana. (MARMELSTEIN, 2014, p. 14, grifo nosso).

Alguns artigos da Constituição Federal, tais como o 6º, 196º e 200º, dispõem de forma específica da questão do direito à saúde, independente de condição econômica e social, e determina que o Estado tem a obrigação de promover as condições necessárias para que ela seja amplamente alcançada por todos (BRASIL, 1988). Lembrando que quando se fala de saúde deve-se pensar tanto na física quanto na mental, pois ambas são imprescindíveis para a boa vivência de um indivíduo na sociedade.

Diante o exposto, e tendo sido concedido à saúde o status de direito fundamental, podemos afirmar que a constituição está sendo violada quando os indivíduos são impedidos de

ter acesso à saúde, no seu sentido amplo, e no sentido restrito, à saúde mental, além do extenso desrespeito ao princípio da dignidade humana que ocorre no meio.

O direito deve ter o motivo de corrigir algo que não está certo, e essa correção acontece por meio dos direitos fundamentais, pois como declarou George Marmelstein, “[...] nenhum ato será conforme ao direito se for incompatível com os direitos fundamentais” (MARMELSTEIN, 2014, p. 13).

1.3 Legislação nacional: o ciclo de políticas públicas para a saúde mental

O processo legislativo referente à saúde mental no Brasil teve início na década de 60, mais precisamente em 1966 (RIBEIRO; SILVA; HOLANDA, 2017), com a Lei nº 5026, que, como disposto, “estabelece normas gerais para a instituição e execução de campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências” (BRASIL, 1966).

A lei foi promulgada nos primeiros anos da Ditadura Militar, e, dado o contexto social vivido na referida data, foi importante pois regulamentava como seriam as ações em todo o território nacional, determinava os moldes da política pública do Ministério da Saúde e apresentava a necessidade de expansão dos serviços prestados (RIBEIRO; SILVA; HOLANDA, 2017). No Decreto nº 60252, publicado um ano depois, em 1967, foi instituída a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), que foi explicado por Marco Aurélio Soares Jorge:

A Campanha Nacional de Saúde Mental era um instrumento apropriado para a obtenção de recursos extra orçamentários, possibilitando convênios, acordos de cooperação, contratação de pessoal, aquisição de materiais e equipamentos e também autorizando a execução de serviços e obras (JORGE, 1997, p. 44).

Quando há a preparação de uma lei ou decreto o legislador faz projeções de como tais situações podem ser afetadas por ela, porém, não há possibilidade real de se prever todas as circunstâncias. Foi o exemplo do decreto nº 60.252/67, que acabou abrindo uma brecha para que os convênios particulares se beneficiassem com as internações psiquiátricas, resultando num aumento exacerbado delas (BRASIL, 1967).

Desse decreto surgiu uma grande crítica acerca da implementação de serviços como clínicas de internação psiquiátricas privadas, que recebiam capital da previdência social. Foi então que, entre os anos 60 e 70, a internação teve seu período de maior crescimento ocasionado

pelo fortalecimento de tais clínicas (GUIMARÃES; *et al.*, 2010; RIBEIRO; SILVA; HOLANDA, 2017). A internação era lucrativa para tais instituições, como podemos observar com a demonstração de crescimento a seguir:

O número de internações por neurose em hospitais psiquiátricos, que em 1965 era de 5.186, em 1970 passou para 18.932. No ano de 1975, esse valor se elevou para 70.383 e, em 1977, já estava em 200.000. Estima-se que, no período de 1950 a 1970, a população de doentes mentais tenha aumentado em 213%, enquanto o crescimento da população geral no Brasil foi de 82% (GUIMARÃES; *et al.*, 2010, p. 277).

No decorrer dos anos e com a passagem das décadas foram publicados outros dispositivos, quais sejam: Projeto de Lei nº 3657/89, que ensejaria na Lei ordinária 10.216/01; Lei nº 8080/90 e Decreto nº 109/91, além da promulgação da Constituição Federal no ano de 1988.

A seção II da CF/88 trata sobre o direito dos cidadãos à saúde. Em seu artigo art. 196 está disposto: “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” (BRASIL, 1988). Nos demais artigos temos disposições acerca do SUS, como está descrito no art. 198.

A partir de sua promulgação todos os dispositivos legais referentes à saúde mental passaram a ser subordinados aos princípios constitucionais, o que beneficiou e contribuiu para o avanço das questões e luta pelo fim do modelo manicomial.

Em 2001 foi sancionada a Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. A referida trata dos direitos dos portadores de transtornos e auxilia no que diz respeito às mudanças necessárias no modelo assistencial (BRASIL, 2001).

Após a Lei da Reforma foram publicadas diversas portarias, como as de número 336, de 19 de fevereiro de 2005 que “[...] estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima” (BRASIL, 2005); Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que “[...] institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011); e Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 que “[...] dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial

para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2013).

Houve ainda a criação de diversos dispositivos na esfera estadual como o Decreto nº 42910, de 26 de setembro de 2002 do Estado de Minas Gerais, que regula “[...] a Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995, alterada pela Lei nº 2.684, de 1º de dezembro de 1997, que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental e dá outras providências” (BRASIL, 2002), além de portarias mais atuais, como é o caso da de nº 1 de 2017, que dispõe sobre a “consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2017).

Diante o exposto fica claro que os dispositivos reguladores de questões de saúde mental são diversos. Há uma enorme gama de legislação para que os direitos dos portadores de transtornos e doenças mentais sejam respeitados, porém, é na prática que os avanços se tornam mais lentos por conta de diversas dificuldades e obstáculos que trataremos mais à frente.

2 OS DIREITOS HUMANOS DEBATIDOS NA "LUTA ANTIMANICOMIAL"

O modelo manicomial reduz o doente a um indivíduo desumanizado e desprovido do respeito aos seus direitos. Neste capítulo abordaremos tal modelo, os direitos humanos, a DUDH e a situação experimentada em um hospital psiquiátrico. A narração da jornalista Daniela Arbex acerca da situação do Hospital Colônia nos faz visualizar de forma vívida o desrespeito aos direitos humanos e a princípios tão importantes como a liberdade e dignidade da pessoa humana. Para finalizar versaremos acerca das políticas públicas voltadas ao tema.

2.1 O modelo manicomial

Michel Foucault foi um importante filósofo e historiador que em sua obra *História da loucura na Idade Clássica* tratou da maneira que a sociedade lidou com a saúde mental durante os anos (AMARANTE, 2008). Na obra, Foucault trata de várias questões como a partir de qual momento os doentes passaram a ser vistos como foco de preocupação da sociedade, como eram os tratamentos realizados com eles (FOUCAULT, 1978), e principalmente como a mudança da visão clássica se modificou na era moderna (VIEIRA, 2007).

Na referida, Foucault afirmou que o primeiro manicômio surgiu na cultura árabe em meados do século VI. Houve então a expansão árabe no continente europeu, logo, por

influência, surgiram os primeiros hospícios localizados na Europa no século XV. Essas instituições, desde sua criação, eram locais onde os doentes eram tratados de forma desumana, encarcerados e retirados do seu meio de convivência. No século XVII, indivíduos portadores de transtornos e doenças eram mantidos nesses locais juntamente com outras pessoas que não tinham um histórico de doença, mas que também não eram aceitos nos moldes exigidos na sociedade (FOUCAULT, 1978).

Jean-Étienne Esquirol, discípulo de Philippe Pinel, famoso psiquiatra Francês que lutou ativamente pela humanização dos doentes, julgava serem piores que cadeias as instituições hospitalares aos quais eram levados os doentes. Ele concedeu um forte depoimento confirmando sua visão:

Eles são mais maltratados que os criminosos; eu os vi nus, ou vestidos de trapos, estirados no chão, defendidos da umidade do pavimento apenas por um pouco de palha. Eu os vi privados de ar para respirar, de água para matar a sede, e das coisas indispensáveis à vida. Eu os vi entregues às mãos de verdadeiros carcereiros, abandonados à vigilância brutal destes. Eu os vi em ambientes estreitos, sujos, com falta de ar, de luz, acorrentados em lugares nos quais se hesitaria até em guardar bestas ferozes, que os governos, por luxo e com grandes despesas, mantêm nas capitais. (ESQUIROL, 1818, *apud* UGOLOTTI, 1949.).

Esse sentimento de prisão durou até meados dos anos 1800, quando as instituições não tinham nenhuma finalidade de tratamento médico, sendo uma associação filantrópica que servia como local de despejo dos considerados escória da sociedade, os portadores de doenças mentais, criminosos, acometidos com doenças como sífilis e lepra, e demais marginalizados. (AMARANTE, 1995; BASAGLIA, 1991).

O manicômio funcionava muito bem numa sociedade onde, pela facilidade, a exclusão era prioridade, o preconceito e o medo diante das diferenças vigorava e o valor da vida era desconsiderado. Maria Salete Bessa Jorge (JORGE, *et al.*, 2006, p. 736), juntamente com outros autores, afirmou que “A sociedade constitui o manicômio como um dos seus agentes estruturadores da exclusão. Por sua vez, o manicômio e seu conjunto de práticas cotidianas atua como um dos agentes concretos da exclusão”.

Os hospícios nacionais não eram diferentes. Como exposto anteriormente, o Brasil foi o primeiro país da América Latina a estabelecer um manicômio tendo como alicerce o alienismo francês (GONÇALVES, 2013). Com a fundação do Pedro II e dos demais hospícios espalhados pelo Brasil, deu-se início a um sistema de tratamento restrito voltado, em sua maioria, a

internações que, unidos a punições e castigos desumanos, beirava a tortura, mas esse tipo de método não era uma novidade (ARAGÃO, 2008; HEIDRICH, 2007).

Nas instituições do país vigorava a ideia de controle e disciplina. Os indivíduos precisavam, a qualquer custo, ser controlados e disciplinados para que fossem normatizados. A ideia de “normatizar” os indivíduos era a de retirá-los da vida em comunidade, interná-los em hospitais que deveriam submetê-los a um tratamento que os curassem e, por fim, devolvê-los à vida social. Rotelli *et al.* (2001, p. 26) afirmou que “[...] esse é, portanto, um sistema de ação que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional, tendencialmente ótima (a cura).”.

O modelo manicomial retira as vontades do doente e o coloca numa posição de inválido e incapaz de fazer escolhas próprias, que não tem direitos e deve ser submetido a qualquer tipo de tratamento para que se encaixe nos moldes sociais exigidos, além de excluí-lo do convívio social e o aprisioná-lo num local onde sua dignidade e direitos não eram respeitados. Existe uma grande degradação da personalidade do doente, que passa a se ver da forma que a instituição lhe exige (BASAGLIA, 1991; GOFFMAN, 2005). Há uma descaracterização do “eu” do interno. Goffman (2005) afirma que “[...] na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu.”.

Os tratamentos realizados nessas instituições tinham como foco a doença, e não os indivíduos. Assim sendo, os desejos e necessidades dos doentes não eram importantes, tampouco havia flexibilidade nos tratamentos a modo que levasse em consideração as individualidades de cada um. Junto a isso havia o enfraquecimento dos vínculos familiares e sociais devido ao longo período de reclusão, o que resultava no sentimento de abandono e solidão, que acabava por agravar o estado em que se encontravam (BORBA, *et al.*, 2013).

Surgiu então nessas instituições psiquiátricas a figura dos enfermeiros, que eram responsáveis por manter o controle, vigiar e punir os doentes que não seguissem as rígidas regras do hospital. Esses enfermeiros participavam da realização de tratamentos com remédios psicossomáticos, eletroconvulsoterapia, choque insulínico e praxiterapia, que era um tratamento por meio de trabalho laboral que viria a se tornar um meio de exploração de trabalho (BORBA; *et al.*, 2013; GUIMARÃES, 2011).

É facilmente perceptível que tais intervenções eram como torturas e nesse contexto não objetivavam de forma alguma a devolução desses indivíduos mais aptos à vida em sociedade, afinal, muitos deles ocasionaram a morte ou tornaram os doentes inválidos. É registrado que estes perduraram durante muitos anos, aproximadamente do início do século XX até meados dos anos 2000, demonstrando, mais uma vez, que a evolução da questão da saúde mental no Brasil ocorreu de forma lenta (BORBA; *et al.*, 2013).

Como observado, os manicômios e instituições psiquiátricas eram locais onde os doentes eram tratados de forma desumana, tendo seus direitos desrespeitados e sua humanidade negada (COSTA, 2003). Lá sofriam com a superlotação, maus tratos e com a deficiência de profissionais não qualificados. O que deveria ser um objeto de reinserção na sociedade se tornou um meio de promover a morte e a indignidade (BASAGLIA, 1991).

2.2 A trajetória dos direitos humanos, a DUDH e os demais dispositivos internacionais

Direitos humanos são todos os direitos naturais, aqueles inerentes aos homens. Eles devem ser universais, atingindo desse modo a todos os indivíduos, independente de nacionalidade, religião, orientação sexual ou política. Podemos definir também como sendo um conjunto de direitos fundamentais ainda não positivados. Norberto Bobbio diz:

Estes direitos podem ser classificados em civis, políticos e sociais. Os primeiros são aqueles que dizem respeito à personalidade do indivíduo (liberdade pessoal, de pensamento, religião, de reunião e liberdade econômica), através da qual é garantida a ele uma esfera de arbítrio e de liceidade, desde que seu comportamento não viole o direito dos outros. Os direitos civis obrigam o Estado a uma atitude de impedimento, a uma abstenção. Os direitos políticos (liberdade de associação nos partidos, direitos eleitorais) estão ligados à formação do Estado democrático representativo e implicam uma liberdade ativa, uma participação dos cidadãos na determinação dos objetivos políticos do Estado. Os direitos sociais (direito ao trabalho, à assistência, ao estudo, à tutela da saúde, liberdade da miséria e do medo), maturados pelas novas exigências da sociedade industrial, implicam, por seu lado, um comportamento ativo por parte do Estado ao garantir aos cidadãos uma situação de certeza (BOBBIO, 1995a, p. 355).

A ONU afirma que os direitos humanos são “garantias jurídicas universais que protegem indivíduos e grupos contra ações ou omissões dos governos que atentem contra a dignidade humana” (ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS, 2000). O direito à liberdade, igualdade e dignidade, propriedade privada, à moradia, saúde, segurança e educação, são alguns exemplos de direitos humanos (BOBBIO, 2004)

Alguns acreditam que esses direitos tenham sido originados diante da necessidade religiosa e cultural de pregar a igualdade entre os indivíduos de diferentes nações. Outros creem que eles nasceram de um processo de aperfeiçoamento de pensamentos sociais. Tal aperfeiçoamento e evolução serviu de inspiração para a Revolução Francesa, que tinha como lema a Liberdade, Igualdade e Fraternidade, e introduziu a primeira declaração que tratava especificamente dos referidos direitos (COMPARATO, 2015).

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão foi promulgada no ano de 1789 e teve extrema importância, pois voltou as atenções da sociedade e de outros países para a temática, além de ter servido de inspiração para outras declarações como a DUDH. Podemos observar que ambas tinham redações semelhantes. No primeiro artigo da declaração de 1789 está disposto que “Os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos. As distinções sociais só podem fundar-se na utilidade comum” (Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 26 de agosto de 1789), no primeiro da DUDH, temos que: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (ASSEMBLEIA GERAL DA ONU, 1948).

O respeito aos direitos fundamentais e humanos dos portadores de transtornos e doenças mentais nem sempre foi prioridade, pelo contrário, por diversos anos ficou fora do foco principal de debate, visto que o modelo manicomial desrespeitava e infringia todos esses direitos e o poder público nada fazia a respeito dessas violações (ARAGÃO, 2008).

Os direitos humanos acompanham os avanços e necessidades apresentadas pela sociedade. Em 1948 fez-se necessário tratar dos pontos que estavam em maior foco na época, assim como hoje, que tratamos de questões como os direitos humanos dos encarcerados, dos negros e homossexuais.

Como nos ensina Flávia Piovesan (2015), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) foi adotada logo após a Segunda Guerra Mundial, em 10 de dezembro de 1948, na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas.

Essa declaração é um documento que visava promover a paz e cooperação entre os países após a guerra. Ela é elemento principal da luta contra a discriminação e opressão, e garante a igualdade e a dignidade da pessoa humana. A DUDH reconhece que devem ser

respeitados e aplicados a todos os indivíduos do mundo as liberdades fundamentais e direitos humanos (PIOVESAN, 2015).

Era de extrema importância que os países se comprometessem a seguir a declaração, visto que a guerra havia desvalorizado completamente a dignidade da pessoa humana, sendo necessário reparar os danos e evitar problemas futuros.

A DUDH não tem força de lei, porém, serviu como base para os dois tratados da ONU sobre os direitos humanos. Sendo eles o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIOVESAN, 2015). Esses dois pactos têm força de lei e são de cumprimento obrigatório para os países que os ratificarem (RASIA, 2011). Conforme nos ensina a jurista Flávia Piovesan (2015, p. 247-248, 260-261):

O Pacto dos Direitos Civis e Políticos proclama, em seus primeiros artigos, o dever dos Estados-partes de assegurar os direitos nele elencados a todos os indivíduos que estejam sob sua jurisdição, adotando medidas necessárias para esse fim. A obrigação do Estado inclui também o dever de proteger os indivíduos contra a violação de seus direitos perpetrada por entes privados. Isto é, cabe ao Estado-parte estabelecer um sistema legal capaz de responder com eficácia às violações de direitos civis e políticos. Enquanto o Pacto dos Direitos Civis e Políticos estabelece direitos endereçados aos indivíduos, o Pacto dos Direitos Econômicos, sociais e Culturais estabelece deveres endereçados aos Estados. Enquanto o primeiro Pacto determina que “todos têm o direito a...” ou “ninguém poderá...”, o segundo Pacto usa a fórmula “os Estados-partes reconhecem o direito de cada um a...”. Se os direitos civis e políticos devem ser assegurados de plano pelo Estado, sem escusa ou demora — têm a chamada autoaplicabilidade —, os direitos sociais, econômicos e culturais, por sua vez, nos termos em que estão concebidos pelo Pacto, apresentam realização progressiva.

Outro importante dispositivo internacional é a Declaração de Caracas (1990), que foi recebida como um instrumento de regulação de novas diretrizes para a estrutura de atividades voltadas às questões de saúde mental. No corpo do documento é sustentado que as interações podem ser agentes criadores de condições ainda mais desfavoráveis para os usuários, além de contribuírem para a inaptidão da vida em sociedade e desrespeito intenso aos direitos humanos desses indivíduos. O objetivo da declaração foi propor uma rede de saúde comunitária que visasse proteger os direitos e a dignidade dos usuários, reformulando o modelo ultrapassado (MARAZINA, 2011).

Um ano depois, em 1991, foram adotados pela resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas, princípios para a proteção dos portadores de doenças mentais e para o

melhoramento dos cuidados de saúde mental. Está disposto no documento que “Os presentes princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação econômica ou nascimento” (ASSEMBLÉIA GERAL DA ONU, 1991).

Conhecidos como “princípios ASM”, os referidos têm, como o próprio nome diz, o objetivo de proteger aqueles que são portadores de algum transtorno ou doença para que seus direitos e sua dignidade sejam respeitados. O documento está dividido em 25 princípios onde em cada um há itens contendo determinações para assuntos específicos e como a maneira que deve ser realizado o diagnóstico, quais serão os padrões e qualidade de tratamento, e informações sobre os direitos dos portadores (BERTOLOTE, 1995).

No princípio 1, referente às liberdades fundamentais e direitos básicos, temos que: “2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana; 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a proteção contra a exploração econômica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes” (ASSEMBLÉIA GERAL DA ONU, 1991).

Esse documento teve papel importante na elaboração de leis em diversos países, juntamente com a Lei de Atenção à Saúde Mental: Dez Princípios Básicos, formulada em 1996 pela Organização Mundial da Saúde, que servia como complemento para tais princípios, reafirmando a necessidade do respeito aos tratamentos humanitários e dispositivos legais (PEREIRA, 2007).

Os dispositivos legais internacionais são de extrema importância por poderem gerar sanções aos países que acordaram com suas determinações e as descumpriram, sendo também mais uma fonte de respaldo ao respeito dos direitos e dignidade dos portadores de doenças e transtornos.

2.3 Violações dos direitos humanos ocorridas no “Holocausto Brasileiro¹” e nos demais manicômios brasileiros

A história do holocausto ocorrido na Segunda Guerra mundial é triste e conhecida por todos, mas ela se torna ainda mais dolorosa ao descobrirmos que não foi tão diferente do que aconteceu aqui do nosso lado, em Minas Gerais. Fundado em 1903, o Hospital Colônia trazia situações como as vistas nos campos nazistas. O psiquiatra Franco Basaglia fez uma visita ao Colônia em 79 e afirmou: “[...] estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2013, p. 207).

Como narrou Arbex (2013), o Colônia fazia parte de um conjunto de sete manicômios localizados em Barbacena, popularmente conhecida como “cidade dos loucos”. Era constituído de 16 pavilhões, cada um com uma função própria. Inicialmente ficou conhecido no país como referência em psiquiatria. Famílias do Brasil inteiro procuravam a instituição para internar parentes inoportunos.

Com o tempo o lugar foi deixando de ser um estabelecimento psiquiátrico e se tornou um verdadeiro campo de extermínio para aquelas pessoas que não se encaixavam de algum modo na vida em sociedade, ou não interessavam para os políticos e pessoas de mais influência na época.

Em sua inauguração o manicômio tinha capacidade total para 200 leitos. A jornalista narra que “Apesar do tamanho, o complexo não podia ser visto do lado de fora, por causa da muralha que cercava todo o terreno. Lá dentro, a dimensão daquele espaço asperamente cinza, tomado por prédios com janelas amplas, porém gradeadas, impressionava” (ARBEX, 2013, p. 22). Na década de 60 já contava com cerca de cinco mil pacientes.

Com a superlotação dos leitos foi sugerido pelo chefe do Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica, José Consenso Filho, que substituíssem as camas por capim para que coubessem mais internos. Essa ideia foi tão bem recebida que em 1959 foi recomendado pelo poder público que outros hospitais fizessem o mesmo. Uma quantidade enorme de pessoas era colocada em um cômodo minúsculo, os que ficavam embaixo muitas vezes morriam sufocados ou até mesmo esmagados (ARBEX, 2013).

¹ Narrado no livro-reportagem de Daniela Arbex (2013).

Segundo Daniela (2013), a seguinte frase era recorrente no Colônia: “[...] está chegando mais um trem de doido” (ARBEX, 2013, p.26). Pacientes de todo o Brasil chegavam de trem ao hospital. Muitos não sabiam aonde estavam ou por qual motivo se encontravam ali. Ficavam como os enviados aos campos de concentração na Segunda Guerra, amontoados em vagões de trem onde não cabiam todos que ali estavam, com medo, inseguros, cansados e famintos. Ela afirma que “[...] ao receberem o passaporte para o hospital, os passageiros tinham sua humanidade confiscada” (ARBEX, 2013, p. 28).

Ao chegarem no destino se deparavam com o horror. Mortos misturados aos vivos, corpos quase sem vida, um cheiro podre de fezes humanas misturadas com fezes de ratos que também viviam lá e pessoas bebendo água do esgoto que cortava o pátio. Daniela Arbex narrou a chegada dos internos:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos, um constrangimento que levava às lágrimas muitas mulheres que jamais haviam enfrentado a humilhação de ficar nuas em público. Todos passavam pelo banho coletivo, muitas vezes gelado. Os homens tinham ainda o cabelo raspado de maneira semelhante à dos prisioneiros de guerra (ARBEX, 2013, p. 28).

Após a desinfecção os novatos recebiam o uniforme do hospital, o famoso “azulão”, feito de um tecido finíssimo que não protegia do frio que fazia na cidade, eram divididos em grupos e enviados aos seus respectivos setores. Nesse momento eles não perdiam “apenas” seus pertences pessoais e cabelos. Era retirada a dignidade de todos os pacientes que lá chegavam (ARBEX, 2013).

As pessoas perdiam seus nomes e seus documentos. Deixavam de ser pais, filhos ou esposos e se tornavam ninguém. Muitas vezes ganhavam novos nomes dos funcionários que lá trabalhavam. Junto com a identidade, ia embora também a história de cada um, era como se eles não tivessem um passado (ARBEX, 2013).

Engana-se quem pensa que no Colônia eram recebidos apenas portadores de transtornos e doenças mentais, pelo contrário, não havia critério algum para decidir quem era ou não enviado para lá. Arbex (2013, p. 14) confirmou dizendo:

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido

pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças.

Como descrito, muitos deles não faziam ideia do motivo de terem sido enviados para lá, Antônio Gomes da Silva, conhecido lá como Cabo, foi mandado aos 25 anos de idade. Após mais de 40 anos do acontecido ele diz:

Não sei por que me prenderam. Cada um fala uma coisa. Mas, depois que perdi meu emprego, tudo se descontrolou. Da cadeia, me mandaram para o hospital, onde eu ficava pelado, embora houvesse muita roupa na lavanderia. Vinha tudo num caminhão, mas acho que eles queriam economizar. No começo, incomodava ficar nu, mas com o tempo a gente se acostumava. Se existe inferno, o Colônia era esse lugar (ARBEX, 2013, p. 32).

O Hospital sofria com a falta de médicos e profissionais que cuidassem de forma apropriada dos pacientes. A grande maioria não tinha sequer uma formação apropriada ou aprendiam as funções com outros funcionários mais antigos. Geraldo Magela Franco, entrevistado por Arbex (2013), iniciou seus trabalhos no hospital como vigia, pois não tinha uma formação adequada para lidar com os pacientes. Depois de um tempo foi aprendendo os procedimentos com outros funcionários, como afirmou para a jornalista:

Não havia prescrição. A gente aprendia na prática sobre o que fazer, quando ocorria qualquer perturbação. No caso dos remédios, a gente dava quando o doente apresentava algum tipo de alteração. Em situações de epilepsia, aplicávamos uma injeção. Se o cara, às vezes, se exaltava, ficava bravo, a gente dava uma injeção para ele se acalmar (ARBEX, 2013, p. 35).

Além de todos os problemas citados, os pacientes eram diariamente castigados com eletrochoques e até mesmo mergulho na banheira de fezes. Os eletrochoques eram realizados de forma absurdamente cruel e indiscriminada. Muitas vezes os pobres coitados não aguentavam a sessão de tortura e seus corações paravam, e os que aguentavam sofriam danos graves e permanentes. Às vezes também a rede elétrica da cidade não aguentava as descargas de choque, tamanha era a sua força. Os eletrochoques e até mesmo os medicamentos não eram utilizados como forma de tratamento, com finalidade terapêutica, eram usados para intimidar e domar os indivíduos (ARBEX, 2013).

Muitas mortes aconteceram naquele lugar, estima-se que foram mais de 60 mil, tirando aqueles que morriam e seus corpos eram vendidos para faculdades de medicina ou eram derretidos em ácido no meio do pátio para que seus ossos fossem comercializados. Ou seja, o número de mortos foi muito maior do que o registrado. As pessoas morriam de fome, sede, frio.

As instalações eram horríveis. Não tinha espaço para dormir, não tinha nem ao menos uma quantidade necessária de alimentos. As cozinheiras engrossavam o caldo para a comida render mais, e mesmo assim não era suficiente. Arbex (2013) narra que alguns pacientes, movidos pelo desespero, se alimentavam de ratos. Só mais um sinal da desumanidade que era o Colônia. A autora descreve a situação:

Fome e sede eram sensações permanentes no local onde o esgoto que cortava os pavilhões era fonte de água. Nem todos tinham estômago para se alimentarem de bichos, mas os anos no Colônia consumiam os últimos vestígios de humanidade. Além da alimentação racionada, no intervalo entre o almoço e o jantar, servidos ao meio-dia e às 5 horas da tarde, os pacientes não comiam nada. O dia começava com café, pão e manteiga distribuídos somente para os que estivessem em fila. A alimentação empobrecida não era a única a debilitar o organismo. Apesar de o café da manhã ser fornecido às 8 horas, três horas antes os pacientes já tinham que estar de pé. Eles seguiam para o pátio de madrugada, inclusive nos dias de chuva (ARBEX, 2013, p. 47).

Ao chegarem no hospício e perderem tudo, os pacientes recebiam apenas uma peça de roupa, então quando era preciso lavar, ou quando rasgava ou estragava, eles ficavam nus. As mulheres e crianças se encontravam à mercê de abusos sexuais. Muitas delas acabavam engravidando e, para não perderem seus filhos, envolviam a barriga com fezes, assim ninguém se aproximava e elas protegiam seus filhos até o nascimento. Essa situação é narrada no livro-reportagem de Daniela Arbex (2013, p. 48):

O frio cortava a pele exposta, fazia os músculos enrijecerem e a boca ressecar até ganhar feridas. Embora fosse mais fácil culpar os pacientes por exporem o corpo sem pudor, a nudez não era uma opção. Muitas roupas eram peças únicas, por isso, no dia em que elas eram recolhidas para a lavanderia, o interno não tinha o que vestir. Se não conseguisse recorrer à caridade alheia, por meio de doação, era obrigado a entregar-se à exposição indesejada.

Em 2003 foi instituída uma Lei Federal n. 10.708 (BRASIL, 2003) que garantia o auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que haviam permanecido longos anos internados em instituições onde tiveram a privação de sua liberdade. Alguns pacientes do Colônia passaram a ser beneficiados desse auxílio. Muitos deles haviam crescido e envelhecido no hospital, mal sabiam como viver uma vida normal. Logo no início 2.600 pessoas foram agraciadas, e isso começou a chamar a atenção dos comerciantes locais (ARBEX, 2013; COSTA, 2014).

Como apresenta Daniela Arbex (2013), os antigos ‘loucos’ passaram a alimentar o comércio de Barbacena e assim, de pouquinho em pouquinho a história foi sendo esquecida e os libertos começaram a ter esperança de uma vida considerada normal.

Histórias como essa ocorrida no Hospital Colônia de Barbacena foram relatadas em diversos locais do país. Práticas desumanas, como o eletrochoque, os banhos gelados, lobotomia e mutilações, realizadas nos manicômios, se tornaram normais e cotidianas no Brasil. Não existia nenhum resquício de sentimento de humanidade e cuidado com essas pessoas que sofriam tanto com suas patologias (BORBA; *et al.*, 2013; GUIMARÃES, 2011).

É importante frisar que nada do que foi feito no Colônia ou em outros manicômios gerou qualquer tipo de punição. Os envolvidos nunca sofreram nenhum tipo de sanção e permanecem impunes até hoje. Os diretores, funcionários, médicos e enfermeiros dos hospícios, juntamente com a sociedade, foram, de certo modo, coniventes com todos os abusos e maldades realizados neles durante os anos. A cultura do preconceito e exclusão dos doentes mentais condenou muitos deles à morte e a invalidez. Por conta disso que a luta antimanicomial se faz necessária. Como vimos anteriormente, o modelo manicomial não é instrumento de ressocialização ou reinserção do doente na comunidade (ARBEX, 2013; BASAGLIA, 1991).

2.4 Políticas públicas e a luta antimanicomial no Brasil

O surgimento das políticas públicas se deu pela existência de direitos sociais. Os direitos sociais são aqueles que dentre os direitos fundamentais, se realizam “[...] por meios de prestações positivas do Estado”, como afirma Bucci (1997, p. 90).

A sociedade passa a ter plena certeza de que há uma necessidade de efetivação de tais direitos, sendo assim, cabe ao Poder Público cuidar e organizar para que isso de fato ocorra. No século XX se deu uma discussão sobre a relação do poder público e a sociedade. Era crescente a dependência dos cidadãos em relação aos serviços prestados pelo Estado (BUCCI, 1997).

Assim sendo, políticas públicas são ações práticas desenvolvidas pelo Estado com o intuito de assegurar e colocar em exercício os direitos garantidos na Constituição e em outras leis. A função de governar do Estado é o fundamento principal das políticas públicas (SOUZA, 2006).

As políticas públicas estão relacionadas a diversas áreas do direito e há grandes controvérsias acerca de sua conceituação. Há quem diga que deve ser situado no direito

administrativo, e há quem diga que cabe ao direito constitucional. Bucci (1997, p. 90) afirma que

“[...] as políticas públicas, isto é, a coordenação dos meios à disposição do Estado, harmonizando as atividades estatais e privadas para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados, são um problema de direito público, em sentido lato”.

A grande consequência da reforma psiquiátrica, que estudaremos mais a fundo no capítulo posterior, foi o desenvolvimento e implementação de novos serviços que substituíssem o modelo hospitalocêntrico. Compreende-se a luta antimanicomial como sendo a busca pelo fim dos manicômios e modelos de tratamento que degradam o homem de sua figura humana e o colocam numa posição de indivíduo perigoso, inútil e incapaz (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Junto à ideia de transformação e reestruturação veio a elaboração de políticas de saúde mental. Daí foi instaurado por meio de portaria o Centro de Atenção Psicossocial, popularmente conhecido como CAPs, juntamente com o NAPS, Núcleo de Assistência Psicossocial. Os dois seguem basicamente a mesma linha de tratamento (HIRDES, 2009).

Tendo sua origem em 1987, no estado de São Paulo, o CAPs tem como objetivo promover a reinserção social do indivíduo através de um atendimento multidisciplinar que tem como protagonista e foco o próprio usuário, fazendo ele compreender o seu papel na comunidade (NASCIMENTO; GALVANESE, 2009). São realizadas várias oficinas, trabalhos artísticos e criativos como forma de reabilitar e mostrar o valor deles, provando que podem ser economicamente ativos e contribuir com a comunidade em que vivem (ALVES; *et. al.*, 2015).

Considerando a Lei n. 10.216/01, de 6 de abril de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, é criada a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos CAPS. A portaria apresenta a subdivisão das modalidades em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad (que visa o dependente de álcool e outras drogas) e CAPSi (destinado a crianças e adolescentes). Estão dispostos no artigo 1º da referida portaria:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria; § 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e

deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante. (BRASIL, 2002).

Existem diferenças no funcionamento dos CAPs conforme a quantidade populacional do local, capacidade de atendimento, número de profissionais ou tipos de serviços e atividades disponíveis. Todas essas discriminações são feitas na Portaria nº 336/GM/MS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a, p. 19-31).

Seguindo a mesma vertente de trabalho há o RAPs, Rede de Atenção Psicossocial, que, orientada pela lei da reforma, foi implementada dentro do SUS, sistema único de saúde, por meio da portaria nº 3088/2011. A rede é dividida em sete eixos principais, sendo eles: Atenção básica, que são as UBS; atenção psicossocial especializada, que são centros de atenção psicossocial; atenção de urgência e emergência; prontos socorros e serviço de emergência da região e de outros serviços; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A ideia do RAPS é interligar todos esses serviços que não são somente voltados a saúde mental, mas que também ofereçam atendimentos a esses indivíduos que sofrem com transtornos e doenças. O objetivo então é oferecer um cuidado centrado no território, promoção à saúde, autonomia e exercício da cidadania, ou seja, também parte dos conceitos da reabilitação psicossocial (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

A rede busca ampliar o acesso do usuário e familiares aos pontos de atenção, que não somente centros e serviços voltados única e exclusivamente para a saúde mental, e articular e integrar os pontos de atenção da rede de saúde no território, ou seja, facilitar a passagem do indivíduo por todos os serviços disponíveis, de forma que todos eles se comuniquem para dar uma assistência contínua ao doente. Há então um cuidado pelo acolhimento, acompanhamento e atenção às urgências dos usuários (MOREIRA; ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Além dos CAPs, NAPs e RAPs, há também serviços substitutivos como o SRT, Serviço Residencial Terapêutico, que são locais de moradia para portadores de transtornos e doenças mentais graves que não tem mais um suporte familiar que sejam apropriados para o seu retorno à sociedade após tantos anos recluso em uma instituição. A residência visa a reinserção desse indivíduo na sociedade por meio de tratamentos terapêuticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b; MATOS; MOREIRA, 2013).

Há ainda o programa de volta para casa, promulgado em 2003 por meio da Lei 10.708. O referido programa, como todos os outros serviços substitutivos, tem como objetivo a reinserção do doente na vida em comunidade, e o meio para isso é o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. Esse auxílio é destinado aos usuários que passaram longos anos internados e precisam ter recursos para voltar à vida normal. (BRASIL, 2003; LIMA; BRASIL, 2014).

Com o passar dos anos foram se tornando cada vez mais crescentes as ações dos Estados e Municípios para a criação de políticas de saúde mental no Brasil. A implantação desse novo modelo assistencial vem acontecendo de forma lenta e gradual, pois os obstáculos são vários. Um dos grandes problemas que permeiam todos esses serviços substitutivos é a baixa ou a completa falta de investimentos. Os projetos são bem estruturados, mas sem o financiamento do governo não é possível que a rede de assistência se mantenha nos moldes ideais e necessários (LUZIO; L'ABBATE, 2009; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: É POSSÍVEL EVITAR OUTROS "HOLOCAUSTOS" NO BRASIL?

A reforma psiquiátrica surgiu da necessidade de se alterar todo o modelo assistencial de saúde mental. A Lei nº 10.216/01 veio para fortalecer o movimento de luta antimanicomial que tem como objetivo a reabilitação psicossocial e consequente reinserção do indivíduo na sociedade. Porém ainda existem muitos desafios e obstáculos a serem superados, e trataremos de todas essas questões no referido capítulo.

3.1 Reforma Psiquiátrica e a Lei 10.216/01

Não há que se falar em reforma psiquiátrica e luta antimanicomial sem citar o brilhante Franco Basaglia, psiquiatra italiano. Nascido em Veneza, Basaglia dirigiu o Hospital Psiquiátrico de Gorizia nos anos 60, foi ali que iniciou importantes mudanças nos tratamentos realizados. Após vivenciar tamanhos maus tratos, uniu-se a outros psiquiatras para que dessem início a uma reforma que realizasse mudanças teóricas e principalmente práticas no tratamento dos pacientes. Esse processo teve o nome de Psiquiatria Democrática, ou movimento de antipsiquiatria que viria a dar origem à Luta Antimanicomial (BASAGLIA, 1991).

Com seus estudos, Basaglia conseguiu concluir que a psiquiatria por si só não seria capaz de tratar o paciente, e que o isolamento em manicômios e asilos poderia até mesmo piorar

a sua condição. Ou seja, era de extrema urgência uma modificação na estrutura psiquiátrica. Ele defendia que ao invés de simplesmente jogarmos os doentes em instituições onde seriam isolados da sociedade até seus últimos dias de vida, era necessário ter atendimentos terapêuticos por meio de tratamento ambulatorial, centros comunitários e de convivência. Para Franco os doentes deveriam ser tratados como pessoas normais, e não serem visto apenas como um objeto de observação e estudo, sem direitos e dignidade (AMARANTE, 1996; BASAGLIA, 1991).

Foi aprovada na Itália em 1978 a Lei nº 180, a chamada lei da reforma psiquiátrica italiana. Aí então se iniciou um grande processo de mudança, onde tal lei foi influência direta para que outros países passassem a realizar essas alterações no modelo de tratamento e na luta pelo fim de manicômios e instituições que tratavam de doentes mentais. A Lei nº 180 serviu como referência, também, no sistema psiquiátrico do nosso país (BARROS, 1994).

A reforma psiquiátrica teve início no âmbito da reforma sanitária, que foi norteadora de princípios que conduziram e criaram o Sistema Único de Saúde, e seguiu algumas diretrizes da mesma, como por exemplo os princípios de universalidade, descentralização, participação social e integralidade. Buscava-se, principalmente, a criação de uma rede integrada que assistisse os doentes mentais (SILVA; ZAMBENEDETTI, 2008). Juntamente com outros autores, Berlinck, Magtaz e Teixeira (2008, p. 22) afirmam que:

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento sociopolítico ocorrendo no âmbito da saúde pública que, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, consubstancia-se em uma legislação em saúde mental iniciada em 1990, com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. O Brasil é aderente a essa Declaração, e a ela se articula com um longo e conturbado movimento de trabalhadores de saúde mental que resultou na Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. Tal lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais.

Como anteriormente exposto, a reforma psiquiátrica brasileira teve grande influência de Franco Basaglia e da reforma psiquiátrica italiana iniciada na década de 70. A Lei nº 180 que tratava da referida foi grande influência no sistema psiquiátrico nacional, como afirmam Gonçalves e Sena:

A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental. Tem como uma das vertentes principais a

desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 49-50).

A reforma pode ser dividida em 4 fases. A primeira fase ocorreu no fim dos anos 70 e teve por principal característica a crítica ao asilo e a mercantilização da loucura. Jovens profissionais de grandes instituições do Rio de Janeiro começaram uma série de denúncias acerca das condições precárias e desumanas dos tratamentos realizados. Essa série de declarações resultou numa drástica reação do governo, que afastou todos os estudantes e profissionais envolvidos. Esse episódio ficou conhecido como a crise do DINSAM. O movimento de indignação pelas condições de tratamento ao paciente mental no Brasil foi se tornando cada vez mais forte, resultando no congresso brasileiro de trabalhadores de saúde mental (AMARANTE; NUNES, 2018).

A partir daí nasceu o MTSM, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que tinha como objetivo discutir propostas de transformações humanitárias na assistência, além de denunciar a situação precária dos hospitais psiquiátricos. Ele foi amplamente apoiado pela população e familiares de pacientes e fortaleciam a necessidade de uma reforma psiquiátrica no país (AMARANTE, 1995).

A segunda fase focou em duas frentes: na transformação do sistema asilar e na ampliação da oferta de atendimento em saúde mental fora dos hospitais. O desafio nesse momento era denunciar a violência e ineficácia de um sistema assistencial hospitalocêntrico que excluía do tratamento a maior parte da população e transformava a loucura em mercadoria (BRASIL, 2005a).

O movimento em defesa da reforma psiquiátrica passou a ser denominado Movimento Nacional Da Luta Antimanicomial (MNLA). No dia 18 de maio de 1987 ocorreu um encontro entre grupos que eram a favor de políticas antimanicomiais. Desse encontro nasceu a proposta de reformar o sistema brasileiro, por isso, dia 18 de maio é considerado o dia da Luta Antimanicomial (HEIDRICH, 2007).

A terceira fase foi marcada pela construção de uma política nacional de saúde mental. A redemocratização do país e a criação do SUS permitiram que a reforma desenvolvesse sua proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicossocial. O

Ministério da Saúde criou as primeiras regulamentações para os serviços comunitários que já foram tratados e explicados no tópico anterior (BRASIL, 2005a; HEIDRICH, 2007).

A quarta fase do processo político da reforma inicia-se com a aprovação da lei 10.216/2001 e com a III Conferência Nacional de Saúde Mental que foi um marco na consolidação do ideário da reforma. A partir desse momento já existiam 295 CAPs espalhados pelo território brasileiro (HEIDRICH, 2007; RAMMINGER; NARDI, 2007).

A promulgação de uma lei específica era de extrema importância para o fortalecimento do movimento, pois se fazia necessário um instrumento legal de implementação e regulamentação de tudo aquilo pelo qual estavam lutando. Assim surgiu a Lei da Reforma Psiquiátrica. No dia 6 de abril de 2001, após mais de uma década em tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada pelo Presidente da República a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005a).

A referida lei humaniza os doentes e os reconhece como cidadãos que vivem em estado de sofrimento psíquico. Eles passaram a ter o direito de receber todas as informações acerca de sua condição e sobre os possíveis tratamentos que podem ser realizados com eles. No artigo 2º temos dispostas diretrizes que buscam assegurar de forma ainda mais intensa os direitos dos portadores de transtornos e doenças mentais para que não existam brechas e o real objetivo da lei seja alcançado. Esse objetivo é a ressocialização do indivíduo, conforme o disposto no art. 2º. §1º da Lei da Reforma Psiquiátrica: “[...] o tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001).

A lei também impede que doentes mentais sejam internados compulsoriamente de forma irresponsável, como ocorria no passado. As internações precisam ser feitas apenas após um laudo médico, em casos onde o paciente pode ser uma ameaça para terceiros e ou para si mesmos. Em situações como essa existe um procedimento a ser respeitado, o médico tem a obrigação de notificar o MP sobre a situação e internação, assim como da sua alta (BRASIL, 2001).

Com a lei, os CAPs, os SRTs, o Auxílio de reabilitação psicossocial “de volta para casa” e os demais serviços substitutivos cresceram, tornando ainda mais possível a desinstitucionalização dos internos. Em consequência houve um declínio significativo na quantidade dos leitos psiquiátricos (HEIDRICH, 2007).

Entretanto, ao analisarmos os textos da PL da lei da reforma psiquiátrica apresentado em 1989 com o da lei aprovada em 2001 percebemos que pequenas mudanças podem gerar grandes consequências. No texto do projeto de lei está expressa a proibição do contrato ou construção de novos leitos hospitalares, pois o que se buscava era o fim dos manicômios. Está disposto no artigo 2º da Lei nº 10.216/01 que o doente deve passar preferencialmente por um tratamento da rede de serviços substitutivos. A palavra “preferencialmente” muitas vezes é utilizada como justificativa para que a internação seja utilizada como forma de tratamento exclusivo e prioritário (BRASIL, 2001; HEIDRICH, 2007).

Assim sendo, quando analisamos a questão da reforma psiquiátrica, percebemos que toda a evolução e andamento se deu, e continua se dando de forma bem lenta e gradual, passando, muitas vezes, por momentos de retrocesso. A luta antimanicomial perdura até os dias de hoje para que não voltemos aos mesmos moldes que eram empregados em hospitais como o Colônia de Barbacena (ARBEX, 2013; HEIDRICH, 2007).

Os doentes e portadores de transtornos merecem ser tratados com dignidade. Elas têm direitos como qualquer outro cidadão dito normal. Como dizia Franco Basaglia (1991), a internação isola o paciente do convívio social fazendo com que sua condição piore. A solução não é exclusiva e prioritariamente a internação, mas sim o tratamento humanitário e terapêutico visando a reabilitação psicossocial. A reforma veio para dar uma voz a esses pacientes.

A Lei nº 10.216 veio em um momento de extrema necessidade e, por mais que não seja perfeita, respalda as ações relacionadas a esse tema tão sério e complexo. Entretanto, ela por si só não é capaz de mudar um processo que está intimamente ligado a um preconceito cultural impregnado na sociedade (BASAGLIA, 1991). Questões de saúde mental não serão resolvidas somente pelo poder público, com a criação de leis e políticas públicas. Elas são sim importantes, mas o trabalho deve ser conjunto, sociedade e estado. A mudança, por menor que seja, precisa começar conosco.

3.2 Reabilitação psicossocial e ressocialização

A luta antimanicomial não tem como objetivo somente o fim dos manicômios, mas, principalmente, a reinserção dos doentes na vida em sociedade. Como discutido anteriormente, o valor social que os doentes possuíam era destruído pelo preconceito e estigma em torno deles. O modelo manicomial os afastava da sociedade não só no sentido físico, mas também no de se fazer compreender suas dores e sofrimentos psíquicos. Tais preconceitos induzem até os dias

de hoje a maneira como a sociedade lida com os portadores de transtornos e doenças mentais. (CÂNDIDO; *et al.*, 2012; BASAGLIA, 1991).

Diante da necessidade de tratamentos humanitários e efetivos, nasceu, no seio da reforma psiquiátrica, o conceito de reabilitação psicossocial, como ensinam Hirdes e Kantorski:

Via de regra, os serviços que trabalham na perspectiva da reforma psiquiátrica se intitulam reabilitadores. Os princípios, objetivos e pressupostos da reforma psiquiátrica orientam as práticas nos serviços. Da mesma maneira, existem princípios, objetivos e valores que orientam o trabalho de reabilitação psicossocial (HIRDES; KANTORSKI, 2004, p. 218).

A reabilitação psicossocial tem características diversificadas, entretanto, em suma consiste em um trabalho de reinserção do indivíduo na comunidade e no meio familiar. São um conjunto de atividades que juntas visam a recuperação e chance desse indivíduo conseguir viver de forma mais autônoma e exercer sua cidadania perante a sociedade (PITTA, 2016).

Saraceno (1996, p. 19) afirma que “[...] a reabilitação é considerada, antes de tudo e nesse momento, historicamente, em todo mundo, uma necessidade ética, é uma exigência ética”. Pitta (2016, p. 27) cita a definição da International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, de 1985, que diz, em suma, que a reabilitação psicossocial é o “[...] processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade [...]”.

É importante destacar que ela não trabalha com o objetivo de cura, mas sim com a produção de vida a partir do sofrimento do indivíduo, suas experiências e a valorização deste em relação ao mundo e ao meio social ao qual está inserido. O doente se torna o protagonista de seu tratamento, o foco não é mais a patologia, mas sim o indivíduo ao qual ela acomete (BABINSKI; HIRDES, 2004; GOLDBERG, 2001).

Na reabilitação o lugar do tratamento não é restrito a hospitais, mas sim a própria comunidade dos usuários. Também não mais existe o sentimento de superioridade ou poder em relação aos doentes, eles têm autonomia para auxiliar e determinar a condução de seu tratamento (BABINSKI; HIRDES, 2004).

O processo de reabilitação se torna complexo por visar a melhoria das competências individuais dos doentes sendo necessário o envolvimento de equipe multiprofissional, familiares e amigos, serviços, e do próprio usuário. Os profissionais oferecem ao usuário oportunidades e ferramentas para que ele consiga identificar as suas dificuldades, limitações,

suas capacidades e qualidades. Dessa forma há a busca da melhoria da qualidade de vida e da visão de cidadania do indivíduo (HIRDES; KANTOESKI, 2004).

Diante disso se torna incoerente o uso de qualquer meio de tratamento que isole o indivíduo do convívio e que o condicione a pensar que não tem espaço ou participação no meio social. Mesmo que o foco da reabilitação seja o trabalho na comunidade em que vive o usuário, os CAPS, RAPS e NAPS são um instrumento importante para reinseri-los na sociedade e criar neles a consciência e a capacidade de reconhecer o seu valor (RABELO; *et. al.*, 2007).

A reabilitação psicossocial é o grande objetivo da saúde mental no Brasil. O paradigma não deve ser tratar doenças, mas sim promover reinserção, qualidade de vida e uma cidadania ativa a todos os portadores de transtornos e doenças mentais. No papel, a rede de atenção à saúde mental é muito bem planejada e estruturada, e foi de extrema importância a sua construção, porém, como veremos a seguir, ainda existem obstáculos que dificultam a efetividade dessa rede e de outras ações realizadas no âmbito.

3.3 Dificuldades e desafios (referentes à reforma psiquiátrica e suas consequências)

Quando comparamos com o passado, é nítida a evolução, mesmo que de maneira lenta, da temática de saúde mental no Brasil. A questão é complexa e ainda há muito caminho a ser percorrido, e durante esse percurso há ainda algumas dificuldades e desafios (HEIDRICH, 2007).

Um grande problema referente à saúde mental é a questão cultural. O preconceito contra os doentes está enraizado na sociedade desde o início da história da humanidade. O preconceito, a falta de compreensão e de informação tem origem, inicialmente, em grande parte, da família do indivíduo. Falta preparo de toda a comunidade num modo geral, até mesmo dos profissionais da saúde (SPADINI; SOUZA, 2006; SCHRANK, OLSCHOWSKY, 2008).

Os doentes mentais são desvalorizados por todo o estigma de periculosidade e incapacidade que se criou em torno deles. Pensa-se que eles não podem ser úteis e economicamente produtivos, por isso, dentre outros motivos, e devido essa visão de incapacidade e improdutividade, afasta-se o doente do convívio social, familiar e do mercado de trabalho. Ele é excluído por não ter nenhum valor aos olhos da sociedade (MACIEL; *et al.*, 2008; ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

Porém, contrariando o que muitos pensam, eles têm sim a capacidade de ser economicamente ativos, e um meio para tal é a Arteterapia. Existem propostas de oficinas de arteterapia onde os produtos desenvolvidos são: sabão, sacola, boneca, mosaico, crochê, blusas bordadas, chinelos e panos de prato. A comercialização desses produtos serve não somente visando o lucro, mas principalmente para aproximar a população dessas pessoas. Para que voltemos o olhar e entendamos que são indivíduos que merecem conviver em comunidade e que tem seu valor e sua parcela de contribuição (LUSSI; PEREIRA, 2011; MOLL; *et al.*, 2015).

Assim sendo, como observamos, um dos grandes desafios enfrentados é a desmistificação de que os portadores de doenças mentais, pejorativamente chamados de “loucos”, não têm valor, são incapazes, improdutivos e perigosos (HARA; ROCHA; PAPROCKI, 2015).

Outro grande obstáculo enfrentado na esfera da saúde mental é o baixo investimento ou a total falta dele. Os recursos destinados às políticas de saúde mental não correspondem com a crescente demanda. O número de pessoas acometidas por doenças ou transtornos aumenta absurdamente em períodos curtos e a falta de financiamento aos projetos gera consequências desastrosas para os usuários dos serviços e aqueles que precisam, mas não conseguem ser tratados. É comum ouvirmos notícias sobre a falta de estrutura e de objetos básicos para o bom funcionamento dos CAPs, por exemplo (LUZIO; L’ABBATE, 2009; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

A construção dessa rede básica, dos eixos, dos CAPs, SRTs, foi fundamental, mas agora que ela já existe, é preciso elaborar estratégias para que consigamos superar o ciclo de vulnerabilidade desses indivíduos de forma que essas pessoas consigam exercer a sua cidadania e reconquistar o seu valor perante a sociedade. Serem produtivas e criativas para o meio em que vivem. É isso que a reabilitação psicossocial quer trazer, mas para que seja possível é necessário infraestrutura e investimento público condizente com a necessidade, visto que é dever do Estado oferecer esses serviços (PITTA, 2016; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

A tentativa de abandono de serviços não humanitários como a internação é mais uma dificuldade. Mesmo havendo a criação de serviços substitutivos e uma diminuição quando se trata de internações, ainda são muito presentes práticas fundamentadas na clínica psiquiátrica tradicional dentro de algum serviço e, junto delas, a segregação, exclusão e retirada dos direitos dessas pessoas. O processo de mercantilização da loucura marcou a história da saúde mental no

Brasil e ainda gera grandes consequências que devem ser combatidas diariamente (HEIDRICH, 2007; ROSA; VILHENA, 2012).

O último desafio do qual vamos tratar é o que está relacionado aos profissionais da saúde mental. Muito se fala da falta de capacitação e preparação dos mesmos para tratar ou assistir indivíduos com um histórico complexo. Os próprios profissionais afirmam que para que ocorra um processo efetivo de reabilitação, é necessária uma equipe qualificada e apta, e um foco que não seja a doença, mas sim o doente (PEREIRA, 2007).

Além disso, é importante que o trabalho seja feito de forma interligada, ou seja, todos os profissionais atuando conjuntamente, para que não o tratamento não se torne desconexo. É preciso que os profissionais da saúde tenham acesso a cursos de capacitação e atualização e que se apresentem sempre como interessados nas questões e tenham como objetivo a reabilitação desses indivíduos (PEREIRA, 2007; SIMÕES; FERNANDES; AIELLO-VAISBER, 2013).

O atual momento que vivemos é o de enfrentar as novas questões que desafiam a consolidação do modelo comunitário de saúde mental e de assegurar as garantias para os direitos de cidadania dos usuários desses serviços. Se não forem vigorosamente enfrentados, esses desafios podem levar a um retrocesso com relação às conquistas da reforma. Para manter o foco no desenvolvimento e continuar a progredir é necessário um pensamento fortemente fundamentado nos direitos humanos relacionados à saúde mental (HEIDRICH, 2007).

É necessária uma mudança de paradigma. É preciso que compreendamos o indivíduo e os transtornos com outro olhar, uma visão humanitária, pois a nossa abordagem e nossas ações refletem de forma positiva nessa situação. Para que vencemos tantos obstáculos que se apresentam no caminho, é preciso a ação crescente do Poder Público atuando conjuntamente com a sociedade (HEIDRICH, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse artigo deixou explícita a situação do doente e portador de transtornos mentais durante toda a evolução histórica das questões de saúde mental no Brasil e no mundo. Eram tratados como marginais que não tinham outro futuro a não ser a miséria, o abandono e exclusão. Numa sociedade onde existem estereótipos a serem seguidos, onde se exige a normalidade e se detestam as diferenças, é mais cômodo e prático fechar os olhos diante das dificuldades e continuar resolvendo os problemas da forma como sempre foram resolvidos.

Por isso mudar a concepção das pessoas e o preconceito incrustado na sociedade é uma tarefa complexa. Muitos, por falta de conhecimento, têm medo dos doentes. Outros, por preconceito, os julgam serem menos merecedores de direitos, respeito e atuação na comunidade. Porém estamos no século XXI, rodeados de mudanças e avanços sociais e tecnológicos, não podemos perpetuar um pensamento dos anos 1800 ou ainda mais antigo.

O preconceito é uma das barreiras mais difíceis de serem derrubadas quando o assunto é saúde mental. Não basta apenas a criação de políticas públicas, programas governamentais, planos e vasta legislação se o doente sempre será visto com um estigma de louco e tratado de maneira ineficiente, cujo os objetivos não sejam a reinserção do mesmo na vida em sociedade.

A reforma psiquiátrica foi o marco inicial do processo necessário de mudança no plano de saúde mental. A Lei nº 10.216/01 fortaleceu o movimento regulamentando as novas diretrizes dos serviços substitutivos que deveriam ser implementados, porém, a própria lei permite uma brecha perigosa que pode vir a contribuir para o retrocesso do processo da luta antimanicomial. A luta perdura para que tal retrocesso não ocorra e para que a internação não seja vista ainda como fonte única e exclusiva de tratamento.

Conforme observado, outra grande dificuldade é a questão dos investimentos públicos. Não é incomum encontrarmos notícias nos jornais acerca das situações precárias que se encontram os CAPs, ou até mesmo do fechamento de unidades por falta de itens básicos, como papel higiênico e sabonete. O investimento é muito baixo comparado ao que se é necessário, ainda existem estados que não contam com centros de atendimento ou outros serviços substitutivos. Muitos doentes ainda se encontram desamparados e em estado de abandono.

Compreende-se que as questões de saúde mental no Brasil evoluíram e continuam evoluindo de forma lenta e gradual, porém, para que esse progresso continue acontecendo, é imprescindível a atuação crescente do poder público trabalhando conjuntamente com a sociedade. É necessária uma mudança de paradigma e a compreensão da importância do respeito à dignidade e a autonomia e cidadania desses indivíduos na vida em comunidade para que atrocidades como a ocorrida em Barbacena não volte a acontecer.

REFERÊNCIAS

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS.

Formação em direitos humanos: manual sobre a metodologia da formação em direitos humanos. Nações Unidas: Nova Iorque e Genebra, 2000. Disponível em:

<http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/formacao_profissional_6.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 824-840, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a14.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

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

AMARANTE, Paulo; NUNES Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2018.

ARAGÃO, Tatiana Nardoni. **Reforma psiquiátrica: a construção de um novo paradigma em saúde mental.** 2008. 92 f. Monografia (Bacharel em Psicologia) – Centro Universitário de Brasília, Brasília. 2008. Disponível em:

<<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2648/2/20410066.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2018.

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

ASSEMBLÉIA GERAL DA ONU (AG). **Resolução 46/119**, de 17 de dezembro de 1991.

ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, de 10 de dezembro de 1948.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BABINSKI, Tatiane; HIRDES, Alice. Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centros de atenção psicossocial do rio grande do sul. **Texto Contexto – ENFERM**, Florianópolis, v. 13, n. 4, dez. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a09.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2018.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel: desconstrução de manicômio de Trieste.** São Paulo: Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BARROSO, Luís Roberto. Fundamentos teóricos e filosóficos do novo direito constitucional brasileiro. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 15, p. 11-47, 2001.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal. 1991.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n.1, p.21-28, mar. 2008.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de Política**. 7. ed., Brasília: Universidade de Brasília, 1995.

BOBBIO, Norberto; **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto n. 60.459**, de 13 de março de 1967. Regulamenta o Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, com as modificações introduzidas pelos Decretos-Lei nº 168, de 14 de fevereiro de 1967, e nº 296, de 28 de fevereiro de 1967. Brasília, mar. 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D60459.htm>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. **Decreto n. 7.508**, de 28 de junho de 2001. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, jun. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. **Lei n. 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. **Lei n. 5.026**, de 14 de junho de 1966. Estabelece normas gerais para a instituição e execução de Campanhas de Saúde Pública exercidas ou promovidas pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, jun. 1966. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L5026.htm>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, dez. 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS. 2005. **Anais eletrônicos...**Brasília, nov. 2005a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, dez. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. **Portaria n. 336**, de 19 de fevereiro de 2005. Brasília, fev. 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. **Portaria n. 615**, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, abr. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASIL. **Portaria Normativa n. 1**, de 9 de março de 2017. Estabelece orientações aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC sobre a assistência à saúde suplementar do servidor do poder executivo federal e do militar da Polícia Militar e do Corpo de Bombeiros Militar dos extintos Territórios Federais do Amapá, de Rondônia e de Roraima, ativo ou inativo, de sua família e pensionistas e dá outras providências. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27327175_PORTARIA_NORMATIVA_N_1_DE_9_DE_MARCO_DE_2017.aspx>. Acesso em: 13 set. 2018.

CÂNDIDO, Maria Rosilene; *et al.* Conceitos e preconceitos sobre transtornos mentais: um debate necessário. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 110-117, set./dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v8n3/pt_02.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

CENTRO CULTURAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hospício de Pedro II: da construção à desconstrução. **Mostra Virtual**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/index.php>>. Acesso em: 13 set. 2018.

COMPARATO, Bruno Konder. Módulo 1 - Introdução e Fundamentos filosóficos e históricos dos Direitos Humanos e a construção dos marcos regulatórios. In: GIGLIO, Celia Maria Benedicto. **Especialização em Educação em Direitos Humanos**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.comfor.unifesp.br/wp-content/docs/COMFOR/biblioteca_virtual/EDH/mod1/introducao_EDH_VF.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

CONSULTOR JURÍDICO. **Veja definição de Norberto Bobbio de direitos humanos** [Internet]. São Paulo, dez. 2008. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2008-dez-10/veja_definicao_norberto_bobbio_direitos_humanos> Acesso em: 11 set. 2018.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA, Márcio Iorio (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da

Saúde, 2003. p. 135-178. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.

COSTA, Wallace Feijó. Responsabilidade do estado em face de políticas públicas ofensivas aos direitos fundamentais: internação de pacientes com transtorno mental. **Revista da**

Defensoria Pública da União, Brasília, n. 7, p. 291-314, jan./dez. 2014. Disponível em:

<http://www.dpu.def.br/images/esdpu/revista/artigo13_-_wallace_feij%C3%B3_costa.compressed.pdf>. Acesso em: 11 set. 2018.

DELGADO, Ana Paula Teixeira. Aplicação do direito em tempos de pós-positivismo: ruptura ou continuidade de velhos paradigmas?. **Legis Augustus**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 15-25, jan./jun. 2015. Disponível em:

<<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/legisaugustus/article/view/702/540>>. Acesso em: 11 set. 2018.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospício (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FERNANDES, Ricardo Vieira de Carvalho; BICALHO, Guilherme Pereira Dolabella. Do positivismo ao pós-positivismo jurídico: o atual paradigma jusfilosófico constitucional.

Revista de informação legislativa, Brasília, v. 48, n. 189, p. 105-131, jan./mar. 2011.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Direitos humanos fundamentais**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

FIGUEIREDO, Gabriel Roberto. **A evolução do hospício no Brasil**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

FIGUEIREDO, Gabriel Roberto. As origens da assistência psiquiátrica no Brasil: o papel das santas casas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 133, set. 2000.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n3/v22n3me.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**, Maceió, v. 2, n.2, p. 121-136, nov. 2014. Disponível em:

<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797/1067>>. Acesso em: 11 set. 2018.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOLDBERG, Jairo Idel. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial - CAPS. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 43-60.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-**

am Enfermagem, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. Os primórdios da psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). **Revista Brasileira de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 60-77, jan./jun. 2013.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem**. 2011. 211 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2011. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/26247/DISSERTACAO_ANDREA%20NOEREMBERG%20GUIMARAES_A%20PRATICA%20EM%20SAUDE%20MENTAL%20DO%20MODELO%20MANICOMIAL%20AO%20PSICOSS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 set. 2018.

HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de serviço social – Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. 2007.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 297-305, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

HIRDES, Alice; KANTORSKI, Luciane Prado. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 217-221, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a15.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

HORBACH, Carlos Bastide. A nova roupa do direito constitucional: neo-constitucionalismo, pós-positivismo e outros modismos. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, v. 96, n. 859, p. 81-91, maio 2007.

JORGE, Marco Aurélio. Soares. (1997) **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. 1997. 111 p. : il. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo. 1997. Disponível em: <<https://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/jorgemas/capa.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

JORGE, Maria Salete Bessa; *et al.* Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p. 734-739, nov./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a03.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

LIMA, Sheila Silva; BRASIL, Sandra Assis. Do programa de volta para casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 67-88, jan. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00067.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399-407, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a16v12n2.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 515-521, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a29.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a16v14n1.pdf>>. Acesso me: 11 set. 2018.

MACIEL, Silvana Carneiro; *et.al.* Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 115-124, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a14.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

MARAZINA, Isabel Victoria. **A saúde mental pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil**. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-19032012-095057/pt-br.php>>. Acesso em: 11 set. 2018.

MARMELSTEIN, George. **Curso de direitos fundamentais**. São Paulo: Atlas, 2014.

MATOS, Bruna Gusmão de; MOREIRA, Lilian Hortale de Oliveira. Serviço residencial terapêutico: o olhar do usuário. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 668-676, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0668.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação saúde mental, raps e portarias de consolidação de normas do SUS** [Internet]. Brasília, out. 2017a. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/legislacao>>. Acesso em: 29 maio 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas** [Internet]. Brasília, jul. 2017b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília, jan. 2011a.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

MOLL, Marciana Fernandes; *et. al.* Ações terapêuticas para pessoas com esquizofrenia acompanhadas num Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 14, p. 14-30, dez. 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a04.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

MORAES, Alexandre de. (Org.). **Constituição da República Federativa do Brasil.** 29. ed. São Paulo: Atlas. 2008.

MOREIRA, Juliano. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a12.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-474. 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00462.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

NASCIMENTO, Andréia de Fátima; GALVANESE, Ana Tereza Costa. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 8-15, (Supl. 1), 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/747.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. **Direito constitucional descomplicado.** 16. ed. São Paulo: Método, 2017.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a21.pdf>.

Acesso em: 11 set. 2018.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01).** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

PERES, Maria Fernanda Tourinho; NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 335-355, maio/ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a06v9n2.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

PINEL, Philippe. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

PIOVESAN, Flavia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 15. ed., rev. e atual. São Paulo, Saraiva, 2015.

PITTA, Ana Maria Fernandes. O que é a reabilitação Psicossocial no Brasil hoje?. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

RABELO, Antônio Reinaldo; *et al.* (Org.). **Um manual para o CAPS: centro de atenção psicossocial**. Salvador: EDUFBA, 2007.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique Caetano. Saúde mental e saúde do trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n4/v27n4a09.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

RASIA, Gabriela. **A constituição de 1988 e a Emenda Constitucional nº 45/2004: uma análise da incorporação dos tratados internacionais de direitos humanos no Brasil**. 54 f. 2011. Monografia (Bacharel em Direito) – Universidade Regional de Unijuí, Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1077/monografia%20terminada.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 11 ser. 2018.

RIBEIRO, Gessica Greschuk; SILVA, Guilherme Bertassoni da; HOLANDA, Adriano Furtado de. Legislação em saúde mental no Brasil (1966-2001): trajeto das campanhas de saúde às reformas na assistência. **Pluralidades em Saúde Mental**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 13-30, jun./jul. 2017

ROCHA, Fábio Lopes; HARA, Cláudia; PAPROCKI, Jorge. Doença mental e estigma. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 15, n. 4, p. 590-596. 2015. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1876>>. Acesso em: 11 set. 2018.

ROSA, Carlos Mendes; VILHENA, Junia de. Do manicômio ao CAPS da contenção (im)pediosa à responsabilização. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 37, p. 154-176, jul./dez. 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2498/2361>>. Acesso em: 11 set. 2018.

ROTELLI, Franco. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SARLETE, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos Direitos Fundamentais**. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo,

v. 42, n. 1, p. 127-134. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/recusp/v42n1/17.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

SHIMOGUIRI, Ana Flávia Dias Tanaka; COSTA-ROSA, Abílio da. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira.

Interface, Botucatu [SP], v. 21, n. 63, p. 845-856, 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n63/1807-5762-icse-1807-576220160202.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

SIMÕES, Cristiane Helena Dias; FERNANDES, Rafael Aiello; AIELLO-VAISBER, Tania Maria José. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 275-282, abr./jun. 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n2/14.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 11 set. 2018.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/recusp/v40n1/a17v40n1.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2018.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro. **Deus e a ciência na Terra do Sol: o Hospício de Pedro II e a Constituição da Medicina Mental no Brasil**. 1998. Tese (Doutorado) i Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 1998.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, jun. 2012.

Ugolotti, 1949.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. Reflexões sobre A História da Loucura de Michel Foucault.

Revista Aulas – Dossiê Foucault, n. 3, dez./mar. 2007. Disponível em:

<<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1934/1395>>. Acesso em: 11 set. 2018.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por todas as bênçãos. A minha Mãezinha, que intercedeu para que eu estivesse aqui hoje. Aos meu pais Márcio e Lilianny, por todo o sacrifício e esforço que sempre fizeram pela nossa família e educação dos filhos. A sua garra, amor e fé me inspiram diariamente, vocês são meus maiores exemplos. Aos meus irmãos, Pedro e Mariana, pela compreensão e ajuda nos momentos difíceis. Aos meus familiares, em especial, meu avô Francisco Pedro, meu maior incentivador, que olha e intercede sempre por mim junto ao Pai, essa vitória é sua. Aos meus amigos, em especial Júlia, pelo companheirismo e paciência. Aos professores que inspiraram e auxiliaram minha trajetória. À Leda, que me acompanha e sempre me instiga a ser e dar o melhor de mim.