

Data do recebimento: 27/02/2020

Data do aceite: 13/07/2020

.....

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O MARCO REGULATÓRIO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DOS PACIENTES EM TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS

.....

THE PSIQUIATRICH REFORM AND THE REGULATION OF THE MENTAL HEALTH POLICY: THE FUNDAMENTAL RIGHTS OF THE PATIENTS IN TREATMENT FOR MENTAL DISORDERS

Deomar da Assenção Arouche Junior¹

Artenira da Silva e Silva²

Edith Maria Barbosa Ramos³

1 - Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Especialista em Direito Constitucional pela Universidade CEUMA. Graduado em Direito pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Juiz Federal Substituto.

2 - Pós-doutora em Psicologia e Educação pela Universidade do Porto, Portugal. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Docente e pesquisadora do Departamento de Saúde Pública e do Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

3 - Pós-Doutora em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/Brasília/DF. Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais. Graduada em Direito pela Universidade Federal do Maranhão. Professora do Departamento de Direito e do Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça da Universidade Federal do Maranhão.



SUMÁRIO: Introdução; 1. A evolução do tratamento psiquiátrico e as relações de poder envolvendo o paciente em tratamento; 1.1 O Holocausto Brasileiro e o Hospital Psiquiátrico de Barbacena; 1.2 A Carta de Bauru e o movimento pela Reforma Psiquiátrica; 1.3 A condenação do Estado brasileiro no caso Damião Ximenes Lopes; 2. Os direitos fundamentais dos portadores de transtornos mentais; 3. A Política de Desinstitucionalização e seus mecanismos de efetivação; 3.1 Retrocessos na Política de Saúde Mental; 4. Conclusão; Referências.

RESUMO: O artigo tem como objetivo analisar os direitos fundamentais dos portadores de transtornos mentais no sistema público de saúde do Brasil. Dessa forma, no primeiro capítulo, o trabalho trata da evolução da normatização sobre saúde psiquiátrica no país e estuda as principais normas sobre tratamento de pessoas com doenças mentais e suas mudanças, com objetivo de garantir os direitos fundamentais dos pacientes. A abordagem analisa o movimento pela Reforma Psiquiátrica iniciada com o objetivo de modificar as normas para tratamento de saúde mental, tendo em vista que o tratamento de doenças psiquiátricas no Brasil comumente não observava os direitos fundamentais básicos, como liberdade, dignidade da pessoa humana, integridade física e saúde do paciente durante o tratamento. Analisa a evolução das normas sobre o tema até os dias atuais, especialmente alterações e propostas recentes para permitir, entre outras mudanças, internações manicomialis. Ao final, avalia-se a possibilidade de as referidas mudanças implicarem retrocessos na política de saúde mental brasileira. Adotou-se o método dedutivo por meio da análise de conteúdo e da revisão bibliográfica de livros e artigos relativos ao tema abordado.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica. Direitos Fundamentais. Saúde Mental. Dignidade. Tratamento.

ABSTRACT: The article aims to analyze the fundamental rights of the people with mental problems in the Brazilian public health system. Therefore in the first section the article addresses the evolution of the legislation concerning psychiatric health in Brazil. So we studied the public policies that concern psychiatric treatments and how it changes to guarantee of the fundamental rights of the patients. The study highlights the movement called psychiatric reform which started in order to change the rules aimed at the treatments of mental diseases. Prior to this movement, the treatment of psychiatric diseases did not respect the fundamental rights as liberty, dignity, physical integrity and health during the therapy. Despite the psychiatric reform, that improved mental health treatments in Brazil and its regulation, recently the government has been trying to change the previously mentioned regulation in order to allow admission of the considered patients in psychiatric facilities once again. At last the article analyzes these changes that can be considered a step back in the Brazilian mental health policy. As a methodological procedure, this article has used a deductive approach through content analysis and bibliographical revision of books and articles related to the theme.

KEYWORDS: Psychiatric Reform. Fundamental Rights. Mental Health. Dignity. Treatment.

INTRODUÇÃO

Os direitos fundamentais de segunda dimensão, como o direito à saúde, dependem de uma série de ações afirmativas do Estado para serem efetivados. A política de saúde mental brasileira passou por diversas transformações nas últimas três décadas, com reformas legislativas e mudanças nas diretrizes do tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Além de ser um grupo relativamente reduzido, os portadores de transtornos mentais em geral sofrem com a discriminação perpetrada por grande parte da sociedade, inclusive familiares, resultando muitas vezes em um quadro de completa exclusão social. Essa situação fez com que as políticas voltadas para a saúde mental se tornassem essenciais, visando garantir a inserção dessas pessoas ao convívio social, na medida de suas possibilidades.

Este trabalho tenciona analisar as transformações legislativas decorrentes do movimento pela Reforma Psiquiátrica, bem como outros fatores que contribuíram para a sua consolidação nos planos nacional e internacional. Adotou-se, como referencial teórico, o pensamento de Michel Foucault sobre as restrições impostas aos pacientes durante os tratamentos de transtornos mentais e os prejuízos por eles suportados em razão de tais práticas. Foucault contestou o pensamento de que esses tratamentos deveriam ser realizados mediante o isolamento social do paciente. Essa linha de pensamento influenciou fortemente o movimento pela mudança nas formas de realizar as políticas de saúde mental em todo o mundo.

Nesse contexto, o trabalho analisou o desencadeamento do movimento pela Reforma Psiquiátrica iniciado no Brasil nos anos 80, descrevendo a situação da política pública de saúde mental praticada naquele momento, que era baseada em um modelo que priorizava a internação em grandes unidades hospitalares. O crescente número de denúncias de profissionais da área da saúde e familiares de pacientes revelou um quadro sistemático de desrespeito aos direitos humanos, em que se revelou corriqueira prática de violações à integridade física dos pacientes. Como exemplo emblemático dessa situação, cita-se o Hospital Colônia de Barbacena, fundado em 1903, que permaneceu em funcionamento até meados da década de 80. O caso ficou conhecido como Holocausto Brasileiro, em razão das 60 mil mortes ocorridas no referido hospital.

Os fundamentos da Reforma Psiquiátrica buscam alterar esse quadro, preconizando a humanização do tratamento por meio da mudança das diretrizes relativas às estruturas de tratamento. O abandono dos grandes manicômios em favor de outras formas de atendimento, como residências terapêuticas e programas de reinserção social, constitui o principal vetor da nova Política de Saúde Mental. Com o início da Reforma Psiquiátrica nos anos 80, muitas iniciativas levaram a mudanças em regulamentos e leis. Entretanto, apenas em 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216/01, cujo objeto é a regulamentação e implementação das novas diretrizes para o tratamento de transtornos mentais. Essa lei estabelece atribuições para todos os entes da Federação na execução da política pública e define os instrumentos para a sua execução.

No plano internacional, também ocorreram fatos importantes para a consolidação do Movimento. A condenação do Estado brasileiro pela Corte Interamericana de Direitos Humanos

no caso Damião Ximenes Lopes resultou na determinação para que o Estado buscasse formas efetivas de eliminar a violação sistemática de direitos humanos nas unidades de tratamento de saúde. Posteriormente, a incorporação, sob a forma de emenda constitucional, da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência reforçou o caráter fundamental desses direitos, constituindo-se em mais um avanço no processo.

Entretanto, o trabalho concluiu que, apesar dos progressos na consolidação da Reforma Psiquiátrica, algumas iniciativas governamentais, embora não materializadas, podem acarretar retrocessos no desenvolvimento da Política de Saúde Mental. Muitas dessas iniciativas, aparentemente, têm relação com a alegada necessidade de redução de custos em decorrência da crise fiscal do Estado. Entre as propostas apresentadas pelo Governo Federal, está a inclusão dos manicômios entre os estabelecimentos adequados ao tratamento de pacientes, o que, para a grande maioria dos profissionais e acadêmicos da área médica, contraria os preceitos da Reforma Psiquiátrica e do novo marco regulatório da matéria.

1. A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO E AS RELAÇÕES DE PODER COM O PACIENTE EM TRATAMENTO

Ao longo dos séculos, muito se discutiu acerca das questões sociais que envolviam as pessoas com problemas psiquiátricos. O filósofo Michel Foucault realizou importantes estudos a respeito tema, como as diferentes percepções da loucura ao longo da história e a representação da loucura como fenômeno histórico e social. Dedicou-se a analisar as imagens construídas em relação à loucura nos séculos XVII e XVIII, notadamente os temores que provocaram e os conhecimentos que se formaram em torno do tema. Na obra intitulada *O Poder Psiquiátrico*, ele faz uma análise dos hospitais psiquiátricos como forma de imposição do poder disciplinar baseado na separação entre normais e anormais.

Nesse contexto, enquadra-se o que Foucault denominou de biopoder, caracterizado, de uma forma geral, como o poder sobre a vida e a morte. A manifestação do biopoder pode ser verificada em um conjunto de procedimentos e técnicas voltados para a regulação e o controle dos pontos comuns entre o indivíduo e a população. A vida como corpo biológico torna-se objeto da “mecânica do poder” em um Estado-governo preocupado com a administração da vida individual e populacional, cuja finalidade é sua total normalização (MATTOS; RAMOS; CRUZ, 2019, p. 1752)

Em um primeiro momento, Foucault se dedicou ao estudo dos problemas do isolamento e da violência inerente ao tratamento da loucura. Posteriormente, passou a se preocupar com a maneira como se estabeleciam as relações de poder dentro da Psiquiatria, analisando as maneiras como se articulam o saber, a verdade e o poder nesse ambiente. Concluiu que as sociedades se sustentam em instituições disciplinares, como os hospitais, e que teriam função de isolar os indivíduos inaptos ao convívio. Nesse sentido:

É evidente que o internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social, e que esse mecanismo atuou sobre uma área bem ampla, dado que se estendeu dos regulamentos mercantis elementares ao grande sonho burguês de uma cidade onde imperaria a síntese autoritária da natureza e da virtude. Daí a supor que o sentido do

internamento se esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos, há apenas um passo. O internamento seria assim a eliminação espontânea dos «a-sociais»; a era clássica teria neutralizado, com segura eficácia — tanto mais segura quanto cega — aqueles que, não sem hesitação, nem perigo, distribuímos entre as prisões, casas de correção, hospitais psiquiátricos ou gabinetes de psicanalistas (FOUCAULT, 1978, p.90).

Segundo Foucault, a loucura só existe em sociedade, não existindo fora das formas de sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam. Diante disso, a partir do século XVIII, a loucura se tornou objeto da Medicina, passando-se a adotar a nomenclatura doença mental, momento em que se evidencia a persistência do processo de exclusão social, em razão do isolamento em hospitais gerais, da mesma forma que outros grupos tidos como indesejáveis (FOUCAULT, 2006, p. 163).

Vigorou, nesse período, a concepção de que, para se obter a cura, seria necessário afastar o paciente da família e que o isolamento no hospital, que seria um espaço terapêutico, consistia na forma adequada para o êxito do processo de cura. O filósofo afirma que a mesma dinâmica aplicada aos criminosos era aplicada aos portadores de doença mental, predominando o uso de uma técnica corretiva sobre o corpo, restringindo-se sua liberdade por meio da vigilância e absoluto controle de suas atividades.

Diante desse quadro, Foucault buscou romper com essas tendências e passou a defender um modelo de atendimento baseado na liberdade do paciente. Afirma, em *O Nascimento da Clínica*, que:

O comitê de Mendicidade da Assembleia Nacional aderiu, ao mesmo tempo, às ideias dos economistas e dos médicos que julgam que o único lugar possível de reparação da doença é o meio natural da vida social – a família. Nesta, o custo da doença reduz-se ao mínimo para a nação e também desaparece o risco de vê-la complicar-se no artifício, multiplicar-se por si mesma e tomar, como no hospital, a forma aberrante de uma doença da doença (FOUCAULT, 1998, p. 42-43).

Em outra passagem da obra, ele afirma que a liberdade deve quebrar todos os entraves que se opõem à força viva da verdade, cabendo aqui repisar o fragmento acima transcrito, de que “(...) o único lugar possível de reparação da doença é o meio natural da vida social – a família”. Em família, o doente tem uma série de benefícios que lhe trazem alívio e conforto. Destaca, entretanto, que o hospital é necessário nos casos contagiosos e complexos, e que, para pessoas pobres, que não possuem condições materiais, seria necessário criar casas comunais de doentes, que deveriam funcionar como substitutos da família e fazer circular em forma de reciprocidade o olhar da compaixão (FOUCAULT, 1998, p.48-49).

Assim, Foucault confronta o pensamento de que o tratamento de transtornos mentais deveria ser realizado prioritariamente via internação com isolamento do convívio social. Sustenta que esse modelo se caracteriza por ser opressor, uma vez que suprime as liberdades básicas do indivíduo em tratamento, submetendo-o completamente ao poder médico. Ao contrário disso, defende que o tratamento deve ser realizado sem a necessidade de exclusão social, pois essa é a melhor maneira de se buscar a cura.

No período pós-guerra, intensificam-se os questionamentos a esse modelo, apontando-se para a necessidade de desinstitucionalização.⁴ Um dos principais aspectos dessa nova visão é a substituição do conceito de “doença mental” pela percepção da loucura como “existência-sofrimento” da pessoa (DEL’OLMO; CERVI, 2017, p. 200).

1.1 O Holocausto Brasileiro no Hospital Psiquiátrico de Barbacena

Embora os trabalhos de Foucault em grande parte tenham como parâmetros situações vivenciadas em séculos passados, constatamos que o modelo questionado pelo filósofo, baseado no poder psiquiátrico como forma de disciplina dos corpos, ainda é utilizado e defendido em situações atuais e recentes.

Até a década de 1980, no Brasil, estava em pleno funcionamento o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, cidade situada no estado de Minas Gerais que recebeu a alcunha de “cidade dos loucos”, em função dos sete hospitais psiquiátricos que abrigou. O Hospital Colônia começou a funcionar em 1903, em uma área equivalente a oito milhões de m², com a função de clínica de repouso para nervos e posteriormente como um sanatório para tuberculose. Posteriormente, com a falência da instituição, o prédio passou a ser ocupado por um hospital psiquiátrico, em que os pacientes dividiam-se em pagantes e indigentes. Os pacientes pobres e considerados indigentes eram submetidos a trabalhos forçados sem qualquer remuneração, em razão do modelo de tratamento vigente à época (BRASIL, 2003, p.01).

O Hospital Colônia acabou por se tornar símbolo do modelo combatido por Foucault e pelo marco regulatório da matéria. A instituição praticava uma política de tratamento apontada como violenta, excludente, ineficaz e violadora dos direitos humanos. O Hospital, que, a princípio, deveria ser destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, na prática, se revelava um ambiente de violações de direitos humanos, no qual milhares de pacientes foram internados à força, sem diagnóstico de doença mental. Filhas de fazendeiros que haviam perdido a virgindade e esposas trocadas por amantes acabavam silenciadas pela internação no Colônia. Da mesma maneira, prostitutas eram enviadas para o pavilhão feminino Arthur Bernardes após cortarem com gilete os homens que se recusavam a pagar pelo programa. Epilépticos, alcoólatras e homossexuais, todos foram torturados, violentados e mortos durante os anos de funcionamento do hospício. (ARBEX, 2013, p. 29).

Conforme consta do documento de apresentação do Programa de Volta pra Casa, do Governo Federal, em seu auge, o hospital chegou a abrigar 5.000 internos, vindos de diversos locais do Brasil, amontoados em um trem que parava em frente aos pavilhões (BRASIL, 2003, p.01). O trem em questão ficou conhecido como “trem de doido”, dando origem inclusive a expressão popular pejorativa em relação a doentes mentais (ARBEX, 2013, p. 26). Há relatos de que, para acomodar tantas pessoas, retiravam-se camas, substituindo-as por feno espalhado no chão. Aproximadamente 60 mil pessoas morreram no período de funcionamento do local, sendo aproximadamente 60 óbitos por semana e 700 por ano. As mortes ocorriam em razão de diarreia, desnutrição, desidratação e tantas outras doenças ou maus tratos (BRASIL, 2003, p.01).

4 - O termo é utilizado para designar a retirada de pacientes psiquiátricos das instituições manicomiais para a colocação em instalações onde possam ter melhor assistência com residências terapêuticas e acolhimento familiar.

Seria ainda prática constante no hospital o método de desencarnar os mortos, o que consistia em colocá-los em tonéis com ácido para tirar-lhes a carne e vender os esqueletos às faculdades de medicina. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para 17 faculdades de medicina do país. Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, pioneiro na luta antimanicomial, esteve no Brasil e conheceu o Hospital Colônia, comparando-o a um campo de concentração nazista (ARBEX, 2013, p. 14-15).

A dinâmica utilizada nesses casos é praticamente a mesma aplicada aos criminosos, sendo que, quando eles também são portadores de transtornos mentais, essa repressão se intensifica. Fazendo uma análise histórica do desenvolvimento do sistema penal, constata-se que o grupo social dominante determina as condutas ilícitas e seleciona aqueles que serão etiquetados como desviantes, inimigos, não cidadãos. A internação então seria a resposta encontrada para o tratamento da loucura, como verdadeiro mecanismo de controle. (ZENKNER; SILVA, 2017, p. 176).

1.2 A Carta de Bauru e o Movimento pela Reforma Psiquiátrica

No fim dos anos 70, com o advento de instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos, ganhou força no Brasil o movimento pela reforma psiquiátrica, que buscava uma transformação no modelo vigente para tratamento de doenças psiquiátricas, até então baseado predominantemente na internação e isolamento dos pacientes em grandes manicômios. Assim, a inserção dos ditos loucos em manicômios era considerada a forma mais adequada de tratamento, reforçando o aspecto de invisibilidade social.

Em 1971, fora aprovada pela ONU a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, com o objetivo de direcionar as técnicas de tratamento psiquiátrico para incentivar os portadores de transtornos mentais a desenvolverem suas aptidões nas mais diversas atividades do cotidiano.

No caso brasileiro, o marco da luta pela reforma foi o ano de 1978, com denúncias de profissionais de saúde mental e familiares de pacientes acerca dos maus-tratos praticados nas instituições manicomiais. Assim, o movimento de Reforma Psiquiátrica eclodiu com o episódio denominado crise da DINSAM, Divisão Nacional de Saúde Mental, estrutura integrante do Ministério da Saúde responsável pela formulação de políticas públicas da área de saúde mental. O então órgão federal estava, naquele momento, há dois anos sem realizar concurso; os pacientes ficavam aos cuidados de profissionais de outras categorias em regime de bolsas. O movimento então cresceu e se organizou, tornando-se, na década seguinte, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que promoveu, em 1987, o II Congresso de Saúde Mental na cidade de Bauru/SP (SILVA; LIMA, 2017, p.116).

Lá se reuniram profissionais da área de saúde mental contrários às diretrizes em vigor e que clamavam por mudanças. Ao final, elaborou-se um manifesto, assinado por 350 participantes, chamado de Carta de Bauru, que se tornou referência na luta pelo fechamento dos manicômios. As reivindicações contidas na Carta eram relativas à humanização da política pública de tratamento de doenças psiquiátricas e à garantia do respeito aos direitos humanos dos pacientes. No modelo vigente até então, baseado em isolamento em grandes hospitais, isso era quase impossível.

A partir desse ato, teve início um movimento de contestação à política manicomial, tendo como consequência imediata a propositura de um projeto de lei em 1989 pelo então deputado federal Paulo Delgado (PT-MG). O projeto previa, em três artigos, o impedimento à construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o direcionamento de recursos para a criação de técnicas não manicomiais de atendimento, além de obrigar a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária (BRITO; VENTURA, 2012, p.52).

Em dezembro de 1991, foi aprovada, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Resolução nº 46/119, que trata da proteção das pessoas com doenças mentais e da melhoria da assistência à saúde mental (ONU, 1991). O documento buscou, de forma taxativa, declarar que pessoas nessas condições têm o direito de exercer todos os seus direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais (BRITO; VENTURA, 2012, p. 44).

Em 1987, na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), já se realizavam os primeiros debates sobre desinstitucionalização. Após, em 1992, no segundo encontro, a temática ainda continuava o foco central. Em 1990, a Organização Mundial de Saúde adotou a Declaração de Caracas, o que impulsionou o debate acerca da saúde mental (SILVA; LIMA, 2017, p.117).

Assim, é possível perceber que o movimento Antimanicomial antecede a Constituição Federal de 1988, sendo que, com aprovação da Lei nº 10.216/2001, o tema ganhou densidade normativa em âmbito federal, uma vez que o referido diploma legal estabeleceu expressamente as diretrizes da política pública voltada à aludida área da saúde, reconhecendo, assim, a importância de um tratamento sistematizado e estruturado desse assunto. Importante mencionar que, no período em que a referida norma esteve em discussão no Congresso Nacional, alguns estados, como Pernambuco e Rio Grande do Sul, aprovaram leis prevendo a substituição do tratamento manicomial por outras modalidades de terapia.

1.3 A Condenação do Estado Brasileiro no Caso Damião Ximenes Lopes

Fato de grande relevância nesse contexto foi a denúncia do caso Damião Ximenes Lopes, ocorrido em outubro de 1999, à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Quando tinha 30 anos, ele foi internado por sua mãe na única clínica psiquiátrica do município de Sobral, no estado do Ceará. O rapaz apresentava um intenso quadro de sofrimento mental, razão pela qual foi levado por sua mãe, Albertina Viana Lopes, à clínica, chamada Casa de Repouso Guararapes, que era credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Quatro dias depois, sua mãe foi visitá-lo, e o porteiro da Casa de Repouso não autorizou sua entrada. Mesmo com esse impedimento, ela conseguiu entrar e chamar por Damião (DEL'OLMO; CERVI, 2017, p.207).

O relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos transcreveu depoimento prestado pela mãe de Damião ao Ministério Público Federal, em que ela narra o momento em que foi ao encontro dele na clínica:

[...] ele veio até ela caindo e com as mãos amarradas para traz, sangrando pelo nariz, com a cabeça toda inchada e com os olhos até fechados, vindo a cair a seus pés, todo sujo, rasgado com cheiro de cocô e urina, Que quando ele caiu nos seus pés chamando polícia, polícia, polícia, e que ela não sabia o que fazer, pedindo que fosse desamarrado, todo cheio de mancha roxa pelo corpo, com a cabeça tão inchada parecendo que não fosse dele [...]
(CIDH, 2002, p.599).

Consta ainda que, após isso, a mãe Albertina conseguiu a ajuda de alguns profissionais de saúde da casa que providenciaram cuidados a Damião. Após voltar para casa, recebeu recado para retornar à instituição, quando soube do falecimento do seu filho. Em um primeiro momento, a necropsia do corpo, realizada pelo médico da casa de repouso, foi inconclusiva, o que levou a família a solicitar novo procedimento, dessa vez, pelo Instituto Médico Legal. A segunda necropsia então identificou sinais de tortura no corpo de Damião. Diante disso, a família ajuizou ação civil indenizatória e criminal contra a clínica psiquiátrica e peticionou contra o Brasil na Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Ante a falta de resposta do Estado brasileiro, a Comissão admitiu a petição, levando o caso à Corte, que, posteriormente, condenou o país ao pagamento de reparação por danos morais e materiais à família de Damião e a investigar e identificar os culpados pela morte do rapaz (DEL'OLMO; CERVI, 2017, p. 208-209).

Por se tratar de um caso envolvendo um portador de transtorno mental, a sentença enfatizou que a demora da justiça brasileira na conclusão dos processos criminal e cível constituía uma deficiência mais grave na atuação do Estado. Concluiu a Corte que o Estado, além de proteger esses grupos contra qualquer ato atentatório a seus direitos, deve adotar medidas adicionais de repressão contra novas violações. Além da obrigação de investigar e identificar os responsáveis pela morte de Damião em tempo razoável, impôs-se ao Brasil a responsabilidade de promover programas de formação e capacitação para profissionais de saúde como médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem (CIDH, 2006, p.80).

Outro aspecto importante a ser destacado nesse caso é que a sentença da Corte Interamericana foi a primeira a abordar o tratamento cruel e discriminatório dispensado às pessoas com transtornos mentais. Ao reconhecer a condição de vulnerabilidade desse grupo, a Corte ampliou a jurisprudência internacional e fortaleceu no âmbito nacional as ações do Movimento de Luta Antimanicomial, que visam denunciar violações de direitos humanos em instituições psiquiátricas (DEL'OLMO; CERVI, 2017, p. 209).

Nesse contexto, o manifesto reconhecimento da Corte em circunstâncias inéditas e específicas reforça o caráter de historicidade desses direitos, que estão em constante transformação, a fim de atender a outras exigências de proteção que vierem a surgir. O caso Damião Ximenes Lopes foi o primeiro em que o Brasil foi julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, da Organização dos Estados Americanos (OEA). Ações dessa natureza têm o efeito de obrigar o Estado violador a adotar medidas que protejam os direitos humanos fundamentais, uma vez que dão visibilidade a casos de violações, constrangendo os Estados, sobretudo nos campos político e moral, a apresentar justificativas e a adotar medidas que cessem ou amenizem a situação objeto de denúncia (PIOVESAN, 2008, p.262-263).

2. OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Na esteira do caso Damião Ximenes, veio a aprovação da Lei nº 10.216/2001 e do Código Civil (CC) de 2002, esse último com um novo tratamento para a capacidade civil dos portadores de transtornos mentais. Assim, de acordo com o art. 3º, eram consideradas absolutamente incapazes as pessoas que não tivessem o discernimento necessário para os atos da vida civil; já o art. 4º inseria entre os relativamente capazes as pessoas com discernimento reduzido. Com isso, passou-se a considerar que o sofrimento mental não geraria, necessariamente, a completa incapacidade,

excluindo-se todo paciente psiquiátrico de atos civis. O campo jurídico passa, então, a considerar a perícia médica como auxiliar na determinação da incapacidade para os casos de interdição (DEL'OLMO; CERVI, 2017, p.210).

A Lei nº 10.216/2001 foi aprovada inicialmente com a intenção de pôr fim à construção de novos hospícios e humanizar a política de tratamento dos portadores de transtornos mentais. O novo diploma estabeleceu diretrizes que visavam garantir a dignidade dos indivíduos com transtornos mentais. Entretanto, a implementação esparsa dessa política pública previamente à edição da lei a tornava incipiente, tendo em vista que não se caracterizava por ser uma rede vertical com atuação da União, estados (e Distrito Federal) e municípios. Por conta dessa falta de articulação da atuação dos entes, a também chamada Lei Paulo Delgado ganhou ainda mais importância, pois passou a tratar a matéria de forma integrada e uniforme (ESCOSSIA; ALVES, 2018, p.399).

Nesse sentido, a nova legislação teve como objetivo superar um paradigma baseado na exclusão das pessoas com transtornos mentais do convívio em sociedade. As normas de regência até então, em sua maioria, apenas regulamentavam aspectos do ambiente interno dos hospitais psiquiátricos. A partir desse movimento, as leis mudaram o seu enfoque para a pessoa do paciente (BRITO; VENTURA, 2012, p. 51).

A internação dos considerados loucos em manicômios levava à sua quase total invisibilidade social, excluindo-os inclusive da convivência familiar. Além de terem completamente tolhidos os direitos básicos de liberdade, integridade física e dignidade humana, as pessoas internadas nessas condições tinham seu problema de saúde agravado, em razão da inadequação do tratamento ao qual eram submetidas. Como se pode observar, o movimento de luta antimanicomial revelou o tratamento indiscriminado dos pacientes, que não levava em conta suas particularidades, capacidades e limitações.

Nesse contexto, a política de saúde mental brasileira, desde a década de 1990, passou por profundas transformações em seu marco regulatório e, conseqüentemente, nos seus objetivos, com vistas a transformar essa realidade. Se, em um primeiro momento, os objetivos do tratamento eram apenas de cura ou controle da situação do indivíduo, com o fortalecimento da luta antimanicomial e o advento da Constituição Federal de 1988, a luta passou a ser também pelo reconhecimento de direitos a desses pacientes e da sua capacidade de exercê-los. Esse parâmetro foi reforçado com a incorporação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, internalizada com status de emenda constitucional em 2008. Da mesma forma, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (13.416/2015) veio a integrar esse sistema normativo de proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais. O referido Estatuto altera o Código Civil de 2002 e retira do rol de incapazes todas as pessoas com sofrimento mental para considerar que todas são consideradas capazes e que qualquer restrição a suas liberdades depende de ação judicial (DEL'OLMO; CERVI, 2017, p.210).

Embora não houvesse a necessidade da elaboração de outros atos normativos reconhecendo essas pessoas como sujeitos de direito, em razão da previsão em documentos internacionais e na Constituição Federal, a promulgação da Lei Antimanicomial reforçou essa garantia, na medida em que estabeleceu regras específicas para o tratamento humanizado e para a reinserção social do indivíduo. Desse modo, a lei facilitou a reivindicação para que o Poder Público adote medidas que deem provimento a esses direitos.

Os direitos fundamentais das pessoas com deficiência, nos atuais parâmetros legais, abrangem ainda o direito à saúde psicológica, que vai além da noção de ausência de doença, exigindo também a consideração do bem-estar emocional do paciente. O bem-estar é atingido com o auxílio de ações públicas que preservem a saúde psicológica dos cidadãos. Nessa linha, a Reforma Psiquiátrica surgiu como um movimento sociopolítico na seara da saúde pública, cujo documento de expressividade é a Declaração de Caracas, aprovada na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina dentro dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Mundial da Saúde, que contou com a aderência brasileira (BRAUNER; CABRAL JÚNIOR, 2017, p. 236).

3. A POLÍTICA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E SEUS MECANISMOS DE EFETIVAÇÃO

Um dos principais objetivos da reforma psiquiátrica é a desinstitucionalização do tratamento. Assim, o fator fundamental para o desenvolvimento dessa política é a reinserção do portador de transtorno mental na coletividade. A intenção é acabar com o alijamento do convívio social do paciente, sem, logicamente, negligenciar os aspectos médicos do tratamento.

A Lei nº 10.216/01 trata, em sua totalidade, do processo de desinstitucionalização dos pacientes, atribuindo funções a todos os entes da Federação. O diploma inova ao tratar o portador de transtorno mental como sujeito de direitos, buscando inverter a situação provocada pela internação manicomial, que impunha sofrimento adicional ao o paciente, com o fim dos seus vínculos sociais e afetivos. Veja-se:

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

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Para avaliar o potencial de efetividade dessa política, é necessário adotar critérios que

permitam aferir a adequação dos seus instrumentos aos fins pretendidos. A forma adotada por muitas pesquisas acerca de políticas públicas é trifásica, ou seja, com relação aos *inputs*, aos *outputs* e aos *outcomes* (NORTON; ELSON *apud* ESCOSSIA; ALVES, 2018, p. 396). Os *inputs* consistem nos recursos alocados na implementação da política pública, os *outputs* consistem nas medidas de implementação da política pública e os *outcomes* são os resultados pretendidos e alcançados (ESCOSSIA; ALVES, 2018, p. 397).

Os *outcomes* (objetivos) da política pública buscam substituir a coisificação do indivíduo em tratamento por um *status* de visibilidade e respeito aos direitos fundamentais. O art. 2º, parágrafo único, inciso II, da Lei 10.216/01 traz previsão expressa de tratamento com humanidade⁵ e respeito a quem sofre de transtorno mental, expressando também a preocupação com sua reinserção social. O art. 4º estabelece como princípio norteador de toda a política para tratamento de doenças mentais a internação hospitalar como última opção a ser considerada (ESCOSSIA; ALVES, 2018, p. 400-401).

Os *outcomes* identificados seriam o resgate da indivisibilidade social, o fechamento de leitos e do modelo hospitalocêntrico e a efetivação dos direitos fundamentais das pessoas sujeitas a tratamento por transtornos mentais.

De antemão, é possível admitir que o primeiro *outcome*, qual seja, o resgate da indivisibilidade social (por meio do tratamento com humanidade e respeito e sua paulatina reinserção em sociedade) é de difícil mensuração, até porque é corolário de uma mudança na cultura da sociedade em lidar com esse grupo estigmatizado (ESCOSSIA; ALVES, 2018, p. 401)

Entretanto, por meio da mensuração do segundo *outcome*, o fechamento de leitos e do modelo hospitalocêntrico, seria possível deduzir em que medida o resgate da indivisibilidade social está sendo realizado. Desse modo, a soma desses dois *outcomes* representaria o terceiro, que seria a efetivação dos direitos fundamentais de liberdade, saúde e dignidade dos portadores de transtorno mental (ESCOSSIA; ALVES, 2018, p. 401).

Assim, os principais *outputs*, instrumentos previstos na lei para viabilizar o alcance dos *outcomes*, seriam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Programa Volta pra Casa, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa de Desinstitucionalização. Vejamos a seguir em que consiste cada um deles.

O Programa de Volta Pra Casa busca incentivar o acolhimento fora do hospital dos indivíduos portadores de transtorno mental considerados aptos ao convívio familiar. Foi criado pela Lei nº 10.708/2003 como forma de reforçar a política de desinstitucionalização. O principal mecanismo acionado pelo referido programa seria o auxílio-reabilitação psicossocial, benefício pecuniário destinado ao paciente ou ao seu representante em caso de incapacidade. Esse instrumento tem como *outcome* imediato a reinserção do louco em sociedade, já que constitui requisito da concessão do benefício (BRASIL, 2003b).

5 - Aqui, o termo “humanidade” representa a observância do Princípio da Humanidade, que decorre do Princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Muito relacionado ao Direito Penal, manifesta-se em alguns artigos da Constituição Federal, a exemplo do Artigo 5º, III, o qual assegura que ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante. FERNANDES, Bernardo Gonçalves. *Curso de Direito Constitucional*. 10. ed. Salvador: Juspodium, 2018.

Os CAPS são instrumentos de tratamento para indivíduos acometidos de transtorno mental encarregados de decidir qual encaminhamento será dado ao paciente. Esse *output* possui função estratégica na política de desinstitucionalização e na substituição do modelo hospitalocêntrico, pois a operacionalização do processo de desinternação ocorre por meio desses Centros. Existem cinco modalidades de CAPS, as quais possuem horário de funcionamento, tamanho da equipe e finalidades que variam conforme o tamanho do município atendido e quanto ao público. Além disso, há atendimento específico para adultos, crianças, adolescentes e dependentes químicos, conforme previsto no art. 4º da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde (ESCOSSIA; ALVES, 2018, p. 403-404).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, atua integrada aos CAPS e também visa a reinserção social dos pacientes, tudo sob a égide do Sistema Único de Saúde. Atua na conscientização da importância e na busca da humanização do sistema de tratamento de saúde mental, com foco na questão da desinstitucionalização juntamente com o combate à dependência química, traçando estratégias educativas e de prevenção, nos termos dos arts. 2º e 4º da Portaria nº 3.088/2011. A norma reguladora da RAPS fixa também o compromisso dos entes da Federação quanto à política de desinstitucionalização, estabelecendo a divisão de competências no sistema de monitoramento e avaliação de responsabilidade compartilhada entre os entes (ESCOSSIA; ALVES, 2018, p. 404-405).

No que tange à divisão de tarefas, o art. 14 da Lei nº 10.216/01 estabelece as atribuições de cada ente federativo:

Art. 14. Para operacionalização da Rede de Atenção Psicossocial cabe:

I – à União, por intermédio do Ministério da Saúde, o apoio à implementação, financiamento, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial em todo território nacional;

II – ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território estadual de forma regionalizada; e

III – ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede de Atenção Psicossocial no território municipal (BRASIL, 2001).

Existem ainda os Serviços Residenciais Terapêuticos, criados pela Portaria nº 106/00 do Ministério da Saúde. O ato antecede a própria Lei nº 10.216/01, sendo instrumento complementar ao “De Volta Pra Casa”, que é direcionado aos indivíduos que possuem vínculos familiares conhecidos. Dessa forma, são residências destinadas a quem sofre de transtorno mental e deve ser reinserido em sociedade em caso de desconhecimento da existência de familiares. (SILVA; LIMA, 2017, p. 119).

A implementação dos Serviços Residenciais Terapêuticos está condicionada a um pro-

jeto terapêutico, o que, de certa forma, deixa clara a consonância desse *output* com os *outcomes* da desinstitucionalização. A portaria reguladora, em seu art. 4º, institui expressamente as diretrizes para que o projeto promova a autonomia, a reinserção social, a reabilitação psicossocial e a percepção do usuário como cidadão e sujeito de direitos. Além disso, estabelece a criação de dois tipos de Residências, um para quem sofre de transtorno e está no processo de saída da instituição e outro para aqueles que necessitam de cuidados permanentes por apresentarem um maior grau de dependência (ESCOSSIA; ALVES, 2018, p.403).

Embora a desinstitucionalização fosse o ponto central de toda essa estrutura desde o início, o Programa de Desinstitucionalização, como estratégia de retirada de pacientes do RAPS, foi formalmente instituído apenas com a edição da Portaria nº 2.840/2014 do Ministério da Saúde. Esse programa visa efetivar as diretrizes gerais da Lei nº 10.216/01, reforçando o objetivo de abandono do modelo hospitalocêntrico (SILVA; LIMA, 2017, p.120).

Nesse sentido, o Programa de desinstitucionalização reforça o arcabouço normativo já existente em prol da política pública de desinstitucionalização, por exemplo, por meio da criação de uma Equipe de Desinstitucionalização e novamente a previsão, a avaliação e o monitoramento desse programa (ESCOSSIA; ALVES, 2018, p.406).

Diante da análise de todos esses instrumentos, é possível constatar que de fato o objetivo direto e imediato é o fechamento dos hospitais psiquiátricos, entretanto, deve-se ressaltar que o objetivo último de tais instrumentos é garantir ao portador de transtorno mental o respeito aos seus direitos fundamentais básicos.

3.1 Retrocessos na Política de Saúde Mental

Até o presente momento, o trabalho discorreu acerca da construção do marco regulatório, de sua evolução em direção aos objetivos de humanização do tratamento de saúde mental e dos principais instrumentos da política de saúde mental. Entretanto, recentemente, algumas alterações em normas regulamentadoras parecem contrariar as diretrizes da Lei Antimanicomial e da própria Constituição Federal.

Como indicativo desse retrocesso, por meio da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, foi reintroduzida na RAPS a figura do Hospital Dia, que resgata as intervenções biomédicas em detrimento das ações de recuperação e inserção social. A portaria ainda determina o reajuste no valor das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de hospitais psiquiátricos segundo seu tamanho, indo na contramão de todas as recomendações internacionais e do próprio e bem-sucedido processo brasileiro de redução de tamanho dos hospitais monovalentes iniciado no início do século XXI (CAMPOS, 2019, p.3).

Tais fatos são considerados contrários à indicação da Organização Mundial da Saúde, que preconiza, no Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental – Nova Concepção, Nova Esperança, de 2001, que os países devem substituir os hospitais psiquiátricos por serviços de cuidado na comunidade (OMS, 2001, p. 153-155). Essa mudança causou manifestações de grupos de representantes da luta antimanicomial, apontando para um direcionamento contrário ao que se esperava na questão do tratamento psicossocial. (GOMES, 2018).

Até então, é possível notar avanços no processo de redução do sistema baseado em manicômios:

Em que pesem eventuais críticas e comentários, por vezes necessários e justos, à condução da política, é importante reconhecer muitos avanços ocorridos na RP brasileira. Uma delas é a expressiva diminuição de leitos psiquiátricos: dos 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Considerando o investimento em serviços de atenção psicossocial, especialmente em CAPS, que em 2014 ultrapassam a cifra dos 2 mil, e alcançam uma cobertura de 0,86 CAPS por 100 mil/habitantes, os gastos com hospitais caíram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013, enquanto que, revertendo a política, os gastos com atenção psicossocial passam de 24,76% para 79,39% no mesmo período. Em 2014, foram registrados 610 SRT's com 2.031 moradores egressos de instituições psiquiátricas e o Programa de Volta Para Casa passou a ter 4.349 beneficiários e as iniciativas de geração de renda chegaram a 1.008 (AMARANTE; NUNES, 2019, p. 2072).

Entretanto, o Governo Federal chegou a elaborar documento com a finalidade de colocar em prática uma nova política de atendimento à saúde mental no Brasil, que entre outros pontos, previa a internação em hospitais psiquiátricos e o financiamento para compra de máquinas de eletrochoques. Tais medidas estariam amparadas em portarias e resoluções publicadas entre outubro de 2017 e agosto de 2018 (PINHEIRO, 2019). O referido documento foi publicado em 4 de fevereiro de 2019.

Em novembro de 2019, a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde divulgou a Nota Técnica nº 11/2019, intitulada Nova Saúde Mental. A nota apresenta, entre outras questões, a indicação de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Consta do documento que o Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, deve ser modernizado e seguir protocolos e padrões modernos vigentes. Afirma que, embora a desinstitucionalização dos pacientes moradores de hospitais psiquiátricos continue sendo incentivada pelo Governo Federal, não entende esses serviços como locais de moradias de pacientes, motivo pelo qual a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2019a, p.17-18).

A unidade justifica a nova diretriz em razão de o país contar com cobertura deficitária de leitos na modalidade assistencial. Segundo a Nota nº 11/2019, somados os leitos em Hospitais Psiquiátricos e em Hospitais Gerais, há cerca de 0,1 leito por 1.000 habitantes, quando o preconizado pelo próprio Ministério da Saúde seria de 0,45 por 1.000 habitantes. Consta ainda que o CAPS, em muitos casos, não tem condições de cuidar do paciente e que seriam situações em que o indivíduo teria que ser internado em qualquer hipótese. Ressalta que a mentalidade antimanicomial não é para deixar de internar, é para não internar aqueles que podem ser tratados fora dos hospitais. (BRASIL, 2019a, p. 5).

Por outro lado, profissionais da área da saúde sustentam que há um retrocesso, pois a RAPS nunca incorporou os manicômios em razão de estes não serem locais onde há um tratamento de fato dos pacientes. Argumentam que é um local em que as pessoas são simplesmente depositadas sem qualquer acompanhamento. Os autores da proposta contida na Nota afirmam que a alternativa para os casos que não possam ser atendidos pelos CAPS seria a manutenção de

leitos para pacientes psiquiátricos nos hospitais gerais, os quais seriam monitorados por equipes especializadas. Outra alternativa prevista no documento é o aumento de leitos e de equipes especializadas nos CAPS em razão da resistência dos hospitais gerais em aceitarem a manutenção de alas psiquiátricas em suas instalações (PINHEIRO, 2019).

Os hospitais psiquiátricos, repaginados agora como “modernos e humanizados” – como descritos na Nota Técnica 11/2019 do MS–, fortalecem a categoria médica, com o modelo hospitalocêntrico e centrado no psiquiatra, e a utilização de tecnologias duras, sejam elas os psicofármacos ou as intervenções cirúrgicas remotas ou recentes. Não é demais lembrar que, nos rincões brasileiros, ou nas zonas remotas marginalizadas das cidades, até essa ideia de “moderno e humanizado” será apenas mais uma pá de cal atirada em um espaço blindado ao olhar externo e, portanto, imune ao controle social, característica maior dos espaços manicomiais que persistem em território nacional (NUNES et al, 2019, p.4493).

Outro ponto de controvérsia da nota é a previsão do financiamento da compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT), artefato que passou a compor a lista de Equipamentos e Materiais do Fundo Nacional de Saúde, apesar de seu uso não ser um consenso no meio acadêmico e estar historicamente vinculado às práticas indiscriminadas, punitivas e de tortura em instituições psiquiátricas, um dos motivos pelos quais foi intensamente questionado e contraindicado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, na defesa dos direitos humanos dos usuários (LUSSI et al., 2019, p. 01).

A contrariedade ao emprego dessa técnica se deve ao temor de uso inadequado, inclusive como forma de punição, o que ainda ocorre com alguma frequência.

A ECT quando realizada deve ocorrer em ambiente hospitalar, sob anestesia, após a avaliação do estado clínico do paciente. Deve ser obtido antes do procedimento o consentimento do paciente ou de seu responsável, em situações em que ele não tenha condições mentais e/ou etárias para o preenchimento (GUIMARAES et al, 2013, p.365).

O Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro – que assina a nota técnica –, defendeu o destaque dado ao tratamento. A ideia, de acordo com ele, é orientar gestores do SUS sobre a política de saúde mental, o que inclui abordar o uso da eletroconvulsoterapia. Em defesa das alterações propostas no documento, ele argumenta ainda que os rumos da política de saúde mental foram alterados nos últimos anos, pois, após o esforço para reduzir a hospitalização dos pacientes, alguns setores passaram a pressionar pelo aumento do número de vagas para internação (FORMENTI, 2019, p.1).

Em resposta, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (MPF), publicou a Nota Técnica nº 5/2019/PFDC/MPF, de 22 de março de 2019, em que pede a anulação da Resolução nº 32; da Portaria nº 3.588 e da Portaria Interministerial nº 2, publicadas em dezembro de 2017, por as considerarem ilegais e inconstitucionais, uma vez que tendem a conduzir a atual política de saúde mental para permitir a internação manicomial por longos períodos e a submissão dos pacientes a tratamento desumano. O MPF afirmou ainda que tais disposições representam um retrocesso na política de saúde pública, por acarretarem o retorno a um modelo arcaico de tratamento, que subtrai o paciente da sua existência e da possibilidade concreta de sociabilidade, lançando-o num espaço de exclusão. O direito à vida independente e à

inclusão na comunidade determina a excepcionalidade da internação hospitalar. Portanto, o dever do Estado brasileiro é garantir os serviços extra-hospitalares, a suficiência destes serviços e que as internações hospitalares sejam decrescentes (BRASIL, 2019b, p. 4-5)

Após inspeção realizada em 40 hospitais psiquiátricos em 17 estados de todas as regiões do país pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Ministério Público do Trabalho (MPT) e Conselho Federal de Psicologia (CFP), foi elaborado o Relatório de Inspeção Nacional. Consta do documento que, em setembro de 2018, 131 hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados ao SUS estavam em funcionamento no país. Ao final, foram constatadas violações de direitos em todos os estabelecimentos e, por conta disso, recomendado o fechamento da entrada para que não ocorressem novas internações (BRASIL, 2019c, p. 505)

4. CONCLUSÃO

Nos últimos 40 anos, houve um intenso debate acerca dos direitos fundamentais dos portadores de transtornos mentais, especialmente no curso do tratamento para suas enfermidades. Após o período de redemocratização, o debate em torno da humanização do tratamento de doenças mentais se intensificou, principalmente em razão das denúncias de maus-tratos praticados em manicômios.

O caso mais emblemático do quadro de desrespeito aos direitos fundamentais foi o do Hospital Psiquiátrico de Barbacena. A situação ocorrida naquela instituição foi de extremo desrespeito aos direitos humanos, não encontrando similaridade com nenhum outro caso no país, haja vista terem morrido aproximadamente 60 mil pessoas. Entretanto, segundo relato dos próprios profissionais de saúde, a situação de um modo geral era de violação sistemática dos direitos à integridade física, à liberdade e à dignidade da pessoa humana.

Assim, o quadro geral das instituições de saúde mental se caracterizava por imposição de maus-tratos com torturas, castigos cruéis, ausência de acompanhamento adequado nos tratamentos e isolamento social dos pacientes. A partir da iniciativa dos profissionais da área de saúde, desencadeou-se o movimento pela Reforma Psiquiátrica, que teve como objetivos gerais mudar o parâmetro vigente de tratamento de transtornos mentais e garantir os direitos básicos dos indivíduos em tratamento. A elaboração da Carta de Bauru em 1987 constituiu um importante marco nessa luta ao consolidar em um documento novos objetivos e diretrizes para o tratamento de transtornos mentais.

Embora a Lei 10.216/01 tenha entrado em vigor somente em 2001, antes desse momento, em algumas unidades da Federação, a exemplo do Rio Grande do Sul e de Pernambuco, já havia mudanças relativas à humanização do tratamento psiquiátrico, com a implantação das diretrizes referentes ao respeito aos direitos fundamentais, à desinstitucionalização, à inclusão social e ao fechamento de manicômios, com a descentralização dos tratamentos por meio dos CAPS e das Residências Terapêuticas.

Nesse sentido, a referida lei constituiu importante avanço na consolidação dos objetivos da Reforma Psiquiátrica. O diploma estabeleceu as obrigações de cada ente federativo, fortalecendo a exigibilidade do seu cumprimento até mesmo pela via judicial. Esse aspecto talvez seja um

dos que tornam sua implementação ainda mais complexa, uma vez que requer articulação entre os três poderes de todas as esferas.

O fato é que, passados 19 anos da entrada em vigor da Lei Antimanicomial, ainda não houve uma realização plena dos seus mandamentos, visto que ainda existem aproximadamente 131 hospitais psiquiátricos em funcionamento, onde situações de maus-tratos e tratamentos inadequados são bastante comuns, conforme revelado no Relatório de Inspeção Nacional do CFP (BRASIL, 2019c, p.505).

Assim, não bastasse a comprovada inércia do Poder Público em implementar efetivamente a previsão legal, dado não ter viabilizado o fechamento de manicômios ou no mínimo garantido o seu funcionamento de maneira próxima aos ditames do marco regulatório, há também o risco de retrocesso nos avanços conquistados até aqui. Dessa forma, considerando a tolerância e até mesmo o incentivo da manutenção de pacientes internados em manicômios, a intenção demonstrada quanto à mudança de direção na política de saúde mental caracteriza retrocesso e contrariedade ao marco legal.

O Estado não se desincumbiu da tarefa de fechar os manicômios e agora atua para remediar sua própria falha. Estabeleceu uma meta que entendera necessária para realizar direitos fundamentais e agora tenta relativizar essa meta por não ter atingido os objetivos propostos. Admitir a abertura de novos manicômios e a manutenção dos que já existem caracteriza afronta à Constituição Federal, já reconhecida pelo próprio Estado brasileiro quando aprovou a Lei Antimanicomial.

O argumento de que é possível manter tais instituições mediante a fiscalização do cumprimento dos padrões fixados pelo marco legal não se mostra convincente porque o próprio Estado já reconhecera anteriormente a sua incapacidade de cumprir essa tarefa e pelo fato de que a internação deve ser uma opção excepcional, utilizada apenas em casos extremos, conforme determina a lei.

Diante disso, embora a aprovação da Lei nº 10.216/2001 visasse concretizar a norma constitucional enunciativa de direitos fundamentais, para os portadores de doenças psiquiátricas, o que se observa é que isso não foi o bastante para essa concretização. A inconstitucional omissão persiste pela falta de coordenação do Poder Público para a adequada implementação da política pública. Por fim, os regulamentos em questão podem ampliar a situação de precariedade desses direitos, caso sejam efetivados.

REFERÊNCIAS

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, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2020.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro, Vida Genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Intrínseca, 2019.

BRAUNER, Maria Cláudia Crespo; CABRAL JÚNIOR, Luciano Roberto Gulart. Direito Fundamental À Saúde Psicológica: Vulnerabilidade, Consentimento E Cidadania Sob O Prisma Jurídico-Bioético. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, v. 44, n. 142, p. 227-243, jun. 2017. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-AJURIS_142.09.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019.

BRASIL. Centro Cultural Ministério da Saúde. **Apresentação de Programa de Volta pra Casa**. 2003a. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/barbacena01.html>. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 26 jun. 2019.

BRASIL. **Lei 10.708/2003. 2003b**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil. Relatório de Inspeção Anual, 2019**. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Relatorio_Inspecao_Nacional_Hospitais_Psiquiatricos_FINAL_WEB%20\(1\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Relatorio_Inspecao_Nacional_Hospitais_Psiquiatricos_FINAL_WEB%20(1).pdf). Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2019.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Nota Técnica Nº 5/2019/PFDC/MPE, de 22 de março de 2019**. Brasília, DF. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/notas-tecnicas/nota-tecnica-5-2019-pfdc-mpf/>. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRITO, Emanuelle Seiscenti de; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação brasileira. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 13, n.2, p. 41-63, jul./out. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i2p41-63>. Acesso em: 26 jun. 2019.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, out. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2020.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Relatório nº 38/02. Admissibilidade da Petição 12.237, de Damião Ximenes Lopes**. Brasil, 2002. Disponível em: <http://cidh.oas.org/>. Acesso em: 19 jun. 2019.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Sentença Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. Sentença, 4 de julho de 2006. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 22 ago. 2019.

DEL'OLMO, Florisbal de Souza. CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Seqüência**, Florianópolis, n. 77, p. 197-220, nov. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S217770552017000300197&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2019.

ESCOSSIA, Matheus Henrique dos Santos da; ALVES, André Farah. Saúde Mental e Direitos Fundamentais: A Análise da Desinstitucionalização a partir dos indicadores e do Monitoramento Interno. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, v. 45, n. 144, p. 391-497, jun. 2018. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-AJURIS_n.144.14.pdf. Acesso em: 15 jun. 2019.

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

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FORMENTI, Lígia. Texto do Ministério da Saúde dá aval ao eletrochoque. Nota técnica orienta compra de aparelhos no SUS, além de pregar abstinência para usuários de drogas e leitos psiquiátricos infantis. **O Estado de São Paulo**, 2019. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,texto-de-ministerio-da-saude-da-aval-ao-eletrochoque,70002712508>. Acesso em: 12 jul. 2019.

GOMES, Erick Gomes. Reforma Psiquiátrica à prova: avanços e retrocessos no tratamento psicossocial. **Ufrgs Humanista Jornalismo e Direitos Humanos**, 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/humanista/2018/11/01/reforma-psiquiatrica-tratamento-psicossocial/>. Acesso em: 09 jul. 2019.

GUIMARAES, Andréa Noeremberg *et al.* Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto e Contexto - Enfermagem, Florianópolis**, v. 22, n. 2, p. 361-369, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2020.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira *et al.* Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em

liberdade e resistência aos retrocessos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 27, n. 1, p. 1-3, jan. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102019000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2020.

MATTOS, Delmo; RAMOS, Edith; CRUZ, Saile Azevedo da. A judicialização da saúde e a gestão biopolítica da vida: O Poder Judiciário e as estratégias de controle do sistema de saúde. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1745-1768, set. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662019000301745&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jun. 2020.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al.* Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4489-4498, dez.2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204489&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2020.

ONU. Assembleia Geral. **A/RES/46/119**. 1991. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/46/119>. Acesso em: 08 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf?ua=1. Acesso em: 10 dez. 2020.

PINHEIRO, Lara. Atendimento à saúde mental terá nova diretriz no Brasil; entenda 4 pontos e veja opiniões contra e a favor. G1, 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/02/12/nova-politica-de-saude-mental-e-alvo-de-criticas-entenda-pontos-e-veja-opinioes-contra-e-a-favor-das-medidas.ghtml>. Acesso em 12 de julho de 2019.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

SILVA, Victoria Muniz Cabral; LIMA, Paolla Vieira da. Desinstitucionalização: análise dos direitos fundamentais e saúde mental pública. **Revista Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 115-127, jan. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/cdf/article/view/36740/25938>. Acesso em: 20 jun. 2019.

ZENKNER, Fernanda Arruda Léda Leite; SILVA, Artenira da Silva e. Hipossuficiência Técnica e Medida de segurança: a periculosidade com o subterfúgio para o exercício da violência institucional. **Revista da AGU**, Brasília-DF, v. 16, n. 04, p. 167-192, out./dez. 2017. Disponível em: <https://seer.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/1019/1823> . Acesso em: 10 jul. 2019.