

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL*Historical evolution of the rights of people with mental disorder***CAMILA BARRETO PINTO SILVA**

Doutora e Mestre em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Bolsista PNPd Capes. Pós-Doutoranda pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Professora Titular da UNIP - Universidade Paulista de Direito Internacional Público e Privado, Direito Empresarial e História do Direito e Direitos Humanos. Professora na FAPAN - Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo, desenvolvendo o CIC - Centro de Iniciação Científica. E-mail: camilabarreto@uol.com.br

RECEBIDO EM: 08.02.2014

APROVADO EM: 09.05.2014

RESUMO

O presente trabalho tem como finalidade proceder a uma análise histórica de como os direitos das pessoas com transtorno mental foram desrespeitados no transcorrer dos séculos. A ofensa ao direito fundamental à liberdade sempre foi uma realidade. A pergunta é: Hoje, estão os direitos das pessoas com transtorno mental sendo respeitados? Muito embora a normatização atual preze não mais pela internação. A internação acontece, mas somente é realizada se houver perigo à terceiros ou ao próprio doente. O método de abordagem adotado no desenvolvimento do presente trabalho é o indutivo com base em pesquisa bibliográfica, documental e legislativa.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSTORNO MENTAL. DIREITOS FUNDAMENTAIS. INTERNAÇÃO.**ABSTRACT**

The Present Work ten Purpose as one proceed to analyze a historical how rights of people with mental disorder were not disrespected of Centuries elapse. The offense for fundamental Right to Freedom of Reality always one was one was. The question is: Today , are the rights of people with mental disorder respected being ? Although the normalization preze Current Location: No more for Internment. A Hospitalization happens, but only if there is danger and held the Third OR ill own. The Method Development Approach adopted none of the Present Work and the inductive basis of Bibliographic Search them, Legislative and documentar .

KEYWORDS: MENTAL DISORDER. FUNDAMENTAL RIGHTS. HOSPITALIZATION.

SUMÁRIO: Introdução. 1. Histórico das políticas de saúde mental. 2. Conceitos de saúde mental e transtorno mental. 3. Contexto histórico da situação manicomial no Brasil. 3.1 A Lei n. 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 3. Contexto histórico da situação manicomial no Brasil. Conclusão. Referências.

INTRODUÇÃO

Para uma análise filosófica do tema escolhido, entendemos ser relevante discutir a função do Direito, tendo em vista os direitos das pessoas com transtorno mental.

Importante consignar que a função precípua do Direito não se limita a aplicar sanções repressivas. Muito pelo contrário, a finalidade do Direito é ordenar a vida em sociedade, orientando a conduta de seus integrantes e a atividade de suas instituições⁹².

Atualmente, sua tendência mais moderna, científica e humana é no sentido de incentivar, premiar e assegurar a execução espontânea de seus preceitos. O Direito não pode limitar-se a punir, principalmente quando o punido não tem noção do que está acontecendo.

Norberto Bobbio⁹³ observa que no Estado contemporâneo torna-se cada vez mais frequente o uso de técnicas de encorajamento, dando como exemplo o incentivo fiscal.

As ciências sociais “acentuam a importância primordial dos estímulos positivos, mais do que a dos aspectos punitivos⁹⁴”, na área da educação ou da orientação do comportamento humano.

Não se prega a liberação pura e simples das pessoas com transtorno mental, mas se defende a humanização em seu tratamento, ou seja, que sejam tratados

⁹² MONTORO, André Franco. *Estudos de Filosofia do Direito*. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 252. Para o autor o Direito: “[...] ele estabelece normas e procura garantir a eficácia das mesmas, atribuindo conseqüências positivas a seu cumprimento e negativas ou punitivas à sua violação. Ver no Direito apenas o aplicador de sanções punitivas é diminuí-lo”.

⁹³ BOBBIO, Norberto. *Da estrutura à função; novos estudos de teoria do direito*. Tradução de Daniela Beccaria Versiani; revisão técnica de Orlando Seixas Bechara, Renata Nagamine. Barueri: Manole, 2007, passim.

⁹⁴ MONTORO, André Franco. *Estudos de Filosofia do Direito*. São Paulo: Saraiva, 1999. p. 253.

dignamente, como seres humanos⁹⁵ que são.

E mais, por meio da educação/cultura defende-se a participação organizada e responsável da população na solução dos problemas que lhe dizem respeito.

Hoje não se admite mais que os membros da comunidade sejam tratados simplesmente como seres passivos das atenções dos grupos dirigentes, como se fossem peça na vida social. Sua dignidade exige outro tratamento.

Visando à justiça social, distributiva e comutativa na sociedade, o Direito é o grande instrumento de promoção do bem comum, com função fundamentalmente promocional.

O estigma a que é submetida a pessoa com transtorno mental, não somente ocorre nos tempos atuais, mas pode ser verificado de há muito tempo.

Michel Foucault em sua célebre obra *A História da Loucura*, destacou o fim que era reservado ao “louco” na Europa Renascentista

[...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. [...] Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior de tudo. É prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada⁹⁶.

Se nem mesmo os presos querem ao seu lado as pessoas com transtorno mental, quem dirá a sociedade.

Portanto, o que se propõe é uma mudança na concepção do Poder Judiciário e o amadurecimento da sociedade, por meio de sua conscientização⁹⁷.

Está na hora de tornarmos concretos os princípios, direitos e garantias instituídos pela Constituição Federal de 1988, pois “aquele que coloca o direito da

⁹⁵ A expressão usada é em conformidade com a Declaração Universal dos Direitos Humanos que faz menção ao ser humano como “human being”.

⁹⁶ FOUCAULT, Michel. *A história da loucura: na idade clássica*. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2008, p. 12.

⁹⁷ Peter Häberle não admite que a interpretação constitucional seja realizada somente por uma sociedade fechada de intérpretes, pois todos devem poder interpretá-la. Para ele “A interpretação constitucional é, em realidade, mais um elemento da sociedade aberta. Todas as potências públicas, participantes materiais do processo social, estão nela envolvidas, sendo ela, a um só tempo, elemento resultante da sociedade aberta e um elemento formador ou constituinte dessa sociedade (...). Os critérios de interpretação constitucional hão de ser tanto mais abertos quanto mais pluralista for a sociedade.” HÄBERLE, Peter, *Hermenêutica Constitucional – A sociedade aberta dos intérpretes da Constituição: contribuição para a interpretação pluralista e ‘procedimental’ da Constituição*, trad. Gilmar Mendes, Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1997, p.13

pessoa humana em segundo plano afeta as garantias do homem⁹⁸.

Para demonstrar que as pessoas com transtornos mentais, independentemente do momento e do local, são incompreendidas e discriminadas, eis dois trechos de textos, o primeiro de Michel Foucault, em *Vigiar e Punir* e outro da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos, que condenou o Brasil pela morte de Damião Ximenes Lopes.

Damiens, de Foucault vive na França, no século XVIII e Damião no Brasil, em pleno século XX. Dois mundos diferentes, dois séculos distintos e, no entanto, massacrados e violentados da mesma forma, sendo ambos totalmente destituídos de sua dignidade, enquanto seres humanos.

*Damiens fora condenado [...] a pedir perdão publicamente [...] levado e acompanhado numa carroça [...] e sobre um patíbulo que aí será erguido, atezado nos mamilos, braços, coxas e barrigas das pernas, sua mão direita segurando a faca com que cometeu o dito parricídio, queimada com fogo de enxofre e às partes em que será atezado se aplicarão chumbo derretido, óleo fervente, piche em fogo, cera e enxofre derretidos conjuntamente, e a seguir seu corpo será puxado e desmembrado por quatro cavalos e seus membros e corpo consumidos ao fogo, reduzidos a cinzas, e suas cinzas lançadas ao vento” [...] “depois desses suplícios, Damiens, que gritava muito sem contudo blasfemar levantava a cabeça e se olhava [...] os cavalos deram uma arrancada, puxando cada qual um membro em linha reta, cada cavalo segurado por um carrasco [...] após várias tentativas foi necessário fazer os cavalos puxar da seguinte forma: os do braço direito à cabeça, os das coxas voltando para o lado dos braços, fazendo-lhe romper os braços nas juntas. Esses arrancos foram repetidos várias vezes, sem resultado [...] depois de duas ou três tentativas, o carrasco e o que havia lhe atezado tiraram cada qual do bolso uma faca e lhe cortaram as coxas na junção com o tronco do corpo; os quatro cavalos, colocando toda sua força, levaram-lhe as duas coxas de arrasto, isto é: a do lado direito por primeiro, e depois a outra; a seguir fizeram o mesmo com os braços, com as espáduas e axilas e as quatro partes; foi preciso cortar as carnes até quase aos ossos; os cavalos, puxando com toda força, arrebatarem-lhe o braço direito primeiro e depois o outro” [...] “em cumprimento da sentença, tudo foi reduzido a cinzas”. [Fragmentos da introdução do livro *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*, de Michel Foucault].*

Já no Brasil:

⁹⁸ MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Revista de Direito UPIS*, Brasília: 97-111, janeiro – 2003, p. 97.

A morte violenta do indefeso Damião, que buscava tratamento médico, teve um efeito devastador na vida não só de sua irmã Irene, mas nas de todos os familiares imediatos. Conforme o relato de Irene perante a Corte, o irmão gêmeo de Damião, Cosme, dada a proximidade com o irmão vitimado, “entrou em estado de choque” ao tomar conhecimento do falecimento de Damião. [...] Mas, - agregou Irene, - “até hoje o Cosme não sabe os detalhes da tortura e da violência; nós omitimos porque isto ia causar muito sofrimento para ele e queríamos preservar a saúde dele” [...] Em outras palavras, ele foi devidamente preservado da verdade, o que se mostra em determinadas circunstâncias necessário, pois a tragédia do conhecimento da condição humana pode afigurar-se por vezes insuportável, sobretudo aos mais vulneráveis ou sensíveis. A vida da mãe foi “completamente arruinada”, está sempre a recordar-se da morte do filho Damião, “até hoje ela tem depressão e declara que tem desejo de morrer” [...] Não obstante, ainda que privado da felicidade, e abandonado ao acaso [...] o ser humano não pode abandonar a luta pela justiça, enquanto mantiver a capacidade de indignação. De outro modo, estará privado não só da felicidade, mas igualmente da busca do sentido da vida, ainda que tão breve e efêmera. O direito de acesso à justiça lato sensu pressupõe o entendimento de que se trata de direito à pronta prestação jurisdicional. Sua fiel observância não se constatou no presente caso Ximenes Lopes, como se depreende claramente dos próprios fatos. [...] a garantia da não-repetição de violações dos direitos humanos, determinada pela presente Sentença da Corte Interamericana no caso Ximenes Lopes passa necessariamente pela educação e capacitação em direitos humanos [...] daí a relevância da educação, formal e não-formal, em direitos humanos; neste propósito, tornam-se essenciais a difusão e o melhor conhecimento da jurisprudência protetora dos direitos da pessoa humana da Corte Interamericana, cuja aplicabilidade direta se impõe no direito interno dos Estados Partes. [...] Penso, pois, que a Corte podia e devia ter se respaldado em sua jurisprudência mais avançada sobre a matéria em apreço na presente sentença no caso Ximenes Lopes. Talvez o tivesse feito se tivesse concedido a si mesma mais tempo para deliberar. Como reza o conhecido adágio, a pressa é inimiga da perfeição. Mais do que isto, até início de 2004 a Corte Interamericana vinha sendo, reconhecidamente, um dos tribunais internacionais contemporâneos que mais vinha contribuindo para a evolução do conteúdo material do jus cogens, seguida pelo Tribunal Penal Internacional ad hoc para a Ex-Iugoslávia.

Por alguma razão que escapa a minha compreensão, ultimamente parece ter se refrutado em sua construção doutrinário-jurisprudencial a respeito.”

[Fragmentos do voto separado de Antônio Augusto Cançado Trindade, Juiz da Corte Interamericana de Direitos Humanos, no caso *Ximenes Lopes versus Brasil*, sentença de 4 de junho de 2006].

Mesmo em séculos distintos, percebe-se o desrespeito aos direitos da pessoa humana, enquanto ser vivo. Aqui tanto Damiens quanto Damião foram despojados de sua dignidade, de sua humanidade e tratados como coisa, valendo menos que um objeto.

Analisando casos como esses é que nos deparamos com a importância do Direito para a humanidade, pois é por meio da busca e da luta pelo Direito que a humanidade vai atrás do que realmente interessa, do que realmente é importante, ou seja, uma sociedade justa e humana.

1. HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

Desde os mais remotos períodos de sua existência, a sociedade vem desenvolvendo lentamente a preocupação com as pessoas com transtorno mental e com relação aos seus direitos civis.

Ao longo dos séculos, as pessoas com transtorno mental foram tratadas de maneiras distintas, sendo-lhes atribuído, nas sociedades mais primitivas, um *status* elevado de emissários da divindade, portadores de poderes sobrenaturais, e intermediários junto aos deuses e aos mortos.

Na Idade Média, por outro lado, mais especificamente na Europa medieval, eles eram surrados e queimados em fogueiras, trancados em grandes instituições e explorados como objetos científicos⁹⁹.

Nesse período, o poder da Igreja Católica, por meio do Tribunal da Inquisição, atingiu sobremaneira as classes menos favorecidas. Assim, jovens, adultos e idosos, pessoas com limitações físicas, perturbados ou somente contestadores e diferentes, sem condições de participação numa atividade minimamente produtiva e regular, constituíram-se no substrato ideal para o estabelecimento dos três grandes parâmetros de preconceito e exclusão por onde é vista a loucura até os nossos dias: o louco dito incapaz, o louco dito irresponsável e o louco dito violento¹⁰⁰.

Somente com o Iluminismo, no século XVIII, e, portanto, com a evolução do pensamento humano consubstanciada no racionalismo e, conseqüentemente, na liberdade de crença religiosa e expressão, é que houve uma preocupação, legitimamente científica, com a loucura humana¹⁰¹.

⁹⁹ BRUNETTA, Cintia Menezes. O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, ano 94, v. 835, p. 61, maio, 2005.

¹⁰⁰ Cintia Menezes Brunetta apud Costa, in O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, ano 94, v. 835, p. 61, maio, 2005.

¹⁰¹ BRUNETTA, Cintia Menezes. O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Nessa ocasião, Philippe Pinel¹⁰² passou a discriminar os casos de loucura eminentemente sociais dos casos que julgava anomalias. Passou a observar e descrever os tipos humanos que se lhe apresentavam, sistematizando uma classificação fácil e simples de manejo: melancolias; manias sem delírio; manias com delírio e demências.

O estudo desenvolvido por Philippe Pinel representou o marco inaugural do surgimento da Medicina Mental ou Psiquiatria, que transformou a diferença humana em patologia. O demônio criado pela “contrarreforma” finalmente saiu do corpo do homem e a loucura tomou-se algo entendido como uma “doença” e assim passível de obter “tratamento e cura”¹⁰³.

A partir dessas referências, o estudioso criou o *tratamento moral*, primeiro método terapêutico para a loucura na modernidade, baseado em confinamentos, sangrias e purgativos e, finalmente, consagrou o hospital psiquiátrico, hospício ou manicômio como o lugar social dos loucos¹⁰⁴.

Michel Foucault, em *Os Anormais*, descreve a função do “enclausuramento”:

[...] exclui de fato e funciona fora das leis, mas tem como justificação a necessidade de corrigir, melhorar, conduzir a resipiscência, de fazer retornar a ‘bons sentimentos’. A partir dessa forma confusa, mas historicamente decisiva, é preciso estudar o aparecimento, em datas históricas precisas, das diferentes instituições de adestramento e das categorias de indivíduos aos quais ela se dirige. Nascimentos técnicos institucionais da cegueira, da surdez-mudez, dos imbecis, dos retardados, dos nervosos, dos desequilibrados. O ‘anormal’ do século XIX é também um descendente desses incorrigíveis que aparecem nas margens das técnicas modernas de ‘adesstramento’¹⁰⁵.

Entretanto, na metade do século XX, as falhas dos manicômios passaram a ser evidenciada por repetidos casos de maus-tratos aos pacientes, má administração, má aplicação de recursos, falta de pessoal e procedimentos.

Revista dos Tribunais, São Paulo, ano 94, v. 835, p. 61, maio, 2005.

¹⁰² Philippe Pinel (1745-1826) liberou os loucos das correntes e os separou de seus antigos parceiros de internamento, ainda que circunscritos ao espaço asilar. FERREIRA, Arthur Arruda Leal. O múltiplo surgimento da psicologia. p. 34. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria. FERREIRA, Arthur Arruda Leal. PORTUGAL, Francisco Teixeira(Org). *História da psicologia: rumos e percursos*. Rio de Janeiro: Nau Ed., 2007.

¹⁰³ BRUNETTA, Cintia Menezes apud Costa, in O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, ano 94, v. 835, p. 61, maio, 2005.

¹⁰⁴ Idem, *ibidem*, p. 61

¹⁰⁵ FOUCAULT, Michel. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982). Os Anormais*. Tradução, Andréa Daher; consultoria, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997, 63.

Partindo dessas observações e das contribuições provenientes de outros referenciais teóricos que não a Biologia, mas especialmente o Marxismo e a Psicanálise, buscou-se alterar tal realidade mediante o desenvolvimento de outros modelos que tentaram promover um maior grau de interação e democracia nas relações entre os profissionais e internados no interior da instituição psiquiátrica¹⁰⁶.

Dentre as propostas lançadas à época, destaca-se a psiquiatria democrática de Franco Basaglia¹⁰⁷ que, efetivamente, configurou uma ruptura com o já ultrapassado hospital psiquiátrico. Basaglia, nos hospícios das cidades de Gorizia e depois Trieste, no norte da Itália, conseguiu superar o modelo “carcerário” herdado dos séculos anteriores e substituí-lo por uma rede diversificada de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial e comunitária. Enfim, o futuro tornou-se presente e o hospício *pineliano* passou a ser uma página virada da História¹⁰⁸.

2. CONCEITOS DE SAÚDE MENTAL E TRANSTORNO MENTAL

Os conceitos de saúde mental e de doença envolvem conceitos de doutrina e de organizações, mas ainda não são suficientes para que se tenha um conceito preciso das várias manifestações patológicas, ou seja, não há consenso sobre o que pode ser verdadeiramente Saúde e Doença.

A origem da palavra saúde vem do latim “salute”, que significa salvação, conservação da vida; doença vem de “dolentia”, que significa sofrer, sentir dor.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não mera ausência de doenças ou enfermidades.¹⁰⁹

¹⁰⁶ Cintia Menezes Brunetta apud Costa, in O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, ano 94, v. 835, p. 61, maio, 2005.

¹⁰⁷ Franco Basaglia foi o psiquiatra responsável pelo implemento da psiquiatria democrática, também conhecida como Reforma Psiquiátrica que ocorreu na Itália em 1969. De todos esses modelos implementados ao longo do século XX, apenas no último é que, de fato, se efetivou a ruptura com o hospital psiquiátrico. COSTA, Augusto Cesar de Farias. *Direito, Saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. p. 6. Disponível em: www.mp.pe.gov.br/.../Artigo_-_Direito_e_Sade_Mental_-_Augusto_Cesar_de_Farias_Costa.doc. Acessado em: 13.02.2011.

¹⁰⁸ COSTA, Augusto Cesar de Farias. *Direito, Saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. p. 6. Disponível em: www.mp.pe.gov.br/.../Artigo_-_Direito_e_Sade_Mental_-_Augusto_Cesar_de_Farias_Costa.doc. Acessado em: 13.02.2011.

¹⁰⁹ “A Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) criada após a II Guerra Mundial com o objetivo de cuidar da saúde dos povos do mundo, passou a definir saúde como “bem-estar físico, mental e social”. Baseada em estudos que revelaram o custo excessivo da “doença mental”, recomendou o “investimento em ações de saúde mental” e a adoção do termo “saúde mental” ao invés de “doença mental”. Dessa forma, a referência tradicional da saúde como abordagem curativa passou a integrar a concepção “primária, secundária e terciária” da assistência, incorporando assim a assistência

A publicação do DSM-III¹¹⁰ em 1980 introduziu na psiquiatria o termo *mental disorder* com uma nomenclatura mais adequada do que *mental illness*, em concordância com sua abordagem descritiva e a tentativa de neutralidade quanto às teorias etiológicas¹¹¹. No Brasil, essa orientação determinou a substituição gradual do uso do termo doença por *distúrbio, transtorno ou desordem*.

A publicação do CID-10 propôs o uso do termo transtorno em toda a classificação, em uma tentativa de padronização da nomenclatura, visando dessa maneira evitar “problemas ainda maiores inerentes ao uso de termos, tais como *doença ou enfermidade*”.

No *DSM-IV- TR*¹¹² (American Psychiatric Association [APA], 1994), a APA define transtorno mental como “... uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente importantes, que concorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento¹¹³”.

De acordo com os princípios básicos de estresse/adaptação, a *doença men-*

psiquiátrica à Saúde Pública e constituindo-se na Psiquiatria Comunitária”. COSTA, Augusto Cesar de Farias. *Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. p. 9. Disponível em: www.mp.pe.gov.br/.../Artigo_-_Direito_e_Sade_Mental_-_Augusto_Cesar_de_Farias_Costa.doc. Acessado em: 13.02.2011. Cf. GOMES, Celeste dos Santos Pereira. SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. SANTOS, José Américo dos. *Dano psíquico*. São Paulo: Editora Oliveira Mendes, 1998, p. 13.

¹¹⁰ O DSM (Diagnost and Statistic Manual of Mental Disorders) o primeiro sistema diagnóstico em psiquiatria e psicologia utilizados dentro dos Estados Unidos e alguns outros países, elaborado pela APA (American Psychiatric Association), e estruturado para auxílio no diagnóstico de doenças mentais. No ano de 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira edição do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (DSM-I), e as edições seguintes, publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R) e 1994 (DSM-IV), foram revistas, modificadas e ampliadas. O DSM passou a tomar importância a partir de sua 3 ed., quando foi adotada uma postura descritiva das doenças. Hoje está em uso a 4 ed. – DSM - IV TR.

¹¹¹ Explicando a alteração na nomenclatura, interessante o posicionamento de Carlos Batista Lopes, nos seguintes termos: “Muito sintomática é a abolição, nos DSMs, logo imitadas pela CID-10, da palavra doença, substituída por transtorno (em inglês, disorder). Uma disorder ou transtorno somente existe com referência a uma determinada ordem preexistente. Ainda que o sentido em inglês não seja exatamente o mesmo do português, nunca ficou tão claro o conteúdo puramente ideológico de um conceito em Psiquiatria quanto nesse, de disorder”. LOPES, Carlos Batista. Desafios éticos atuais na psiquiatria. *Revista de Bioética e Ética Médica publicada pelo Conselho Federal de Medicina. Revista de Bioética*. V. 9, n. 1, 2001, p. 36.

¹¹² O DSM-IV é um sistema diagnóstico e estatístico de classificação dos transtornos mentais, segundo o modelo categorial, destinado à prática clínica e à pesquisa em psiquiatria. O DSM-V está atualmente em discussão, planejamento e preparação, para uma nova publicação em maio de 2013.

¹¹³ Cf. DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002, passim.

tal será caracterizada como respostas desajustadas a fatores de estresse do ambiente interno ou externo, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são congruentes com as normas locais e culturais e interferem no funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo.

Dados recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS): indicam que (i) desordem mental e neurológica são responsáveis por 13% da carga global de doença, e (ii) mais da metade dos 10 fatores de risco mais importantes que causam 1/3 das mortes prematuras no mundo têm determinantes comportamentais. Apesar das evidências, a doença mental é uma área negligenciada da saúde pública.

E ainda, “a incapacidade induzida pelas perturbações mentais é acentuadamente maior do que aquela que é provocada por doenças físicas crônicas- tais como a diabetes, raquialgias, hipertensão e artrite”¹¹⁴.

O Atlas de Pesquisa em Saúde Mental da OMS mostrou que 37% de 203 países não têm política de saúde mental e 25% de 101 países que reportam seu orçamento em saúde mental gastam menos de 1% do orçamento total com doença mental¹¹⁵.

No Brasil, segundo “a coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 12% da população brasileira (ou seja, 23 milhões de pessoas) necessitam de algum atendimento em saúde mental e pelo menos 3% (cerca de 5 milhões) sofrem com transtornos mentais graves e persistentes¹¹⁶”.

Os transtornos mentais¹¹⁷ são comuns na população em geral e isto pode gerar severas consequências na pessoa, na família e na sociedade.

Os transtornos mentais de longa evolução frequentemente produzem no indivíduo grandes incapacidades em áreas fundamentais do funcionamento psicológico e social, o que obstaculiza sua integração comunitária e interrompe o caminho

¹¹⁴ SERRA, Adriano Vaz. Palavras finais do Prof. Doutor Adriano Vaz Serra. In: CARVALHO, Álvaro de et al. *A lei de saúde mental e o internamento compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora. 2000, p. 55

¹¹⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Research capacity for mental health in low – and middle – income countries*. World Health Organization; 2007, p. 13, (tradução livre da autora). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/MHRC_FullText.pdf. Acessado em: 07.02.2014.

¹¹⁶ MACHADO, Katia. DOMINGUEZ, Bruno. A palavra é intersetorialidade. *Revista Radis* 97. Set. 2010, p. 12. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/97/capa.html>. Acessado em: 07.02.2014.

¹¹⁷ Luciana Barbosa Musse denomina as pessoas com transtornos mentais os indivíduos, de ambos os sexos – crianças, adolescentes, adultos ou idosos -, pertencentes a todas as classes sociais, culturas, religiões, sem distinção de cor ou etnia, que possuam um ou mais transtornos mentais, congênito(s) ou adquirido(s), crônico(s) ou agudo(s). *Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 41.

para a formação e inserção no mercado de trabalho¹¹⁸.

Luciana Barbosa Musse cita pesquisa transcultural realizada pela OMS, na qual foi verificado “que em países em desenvolvimento, como o Brasil, a ocorrência de transtornos mentais entre as camadas mais pobres é duas vezes maior do que entre as classes mais altas da população”¹¹⁹.

O distúrbio mental é um conceito estritamente axiológico, em que o homem é normal na medida em que acata os costumes e códigos de comunicação de um grupo determinado.

A palavra normal provém do grego “regra”, o que quer dizer lei, norma e, por isso, se considera um padrão comum de conduta segundo as conveniências sociais. Assim, normal seria aquela pessoa capaz de participar no processo de produção econômica de sua sociedade¹²⁰.

Na sociedade ocidental, anormalidade é um sinal de “loucura”, em virtude do evidente desconhecimento do conceito das patologias mentais.

O não reconhecimento do transtorno mental como uma doença dá origem a situações de profunda injustiça e desumanidade, levando a que o estigma do transtorno mental possa ser muito mais doloroso do que já o é.

E não à toa que Pinel e Charcot¹²¹ foram os primeiros a considerar que os psicóticos e os neuróticos eram pessoas acometidas por doenças. Ao retirarem a doença mental do campo da condenação pela moral oficial para inseri-la no campo da medicina, conferiram novo patamar moral aos pacientes e à ciência.¹²²

Fizeram grande contribuição em ter dado dignidade humana aos doentes e à doença mental, reconhecendo em tais pessoas seres humanos no que anteriormente eram supostas “feras” ou “simuladores” indecentes¹²³.

¹¹⁸ Os transtornos mentais apresentam-se nas fases em que o desenvolvimento biopsicossocial (termo advém da OMS e que comporta a união dos enfoques biológicos, psicológicos e sociais) é mais intenso na vida do indivíduo e, por conseguinte, ocasionam danos de maior monta tanto para a pessoa com transtorno mental como para a família, nas esferas física, psíquica e social.

¹¹⁹ *Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 48

¹²⁰ Maior ou menor tempo de convivência com a doença implica questões econômicas, como o empobrecimento do indivíduo, ocasionado pelo desemprego, saída do mercado de trabalho, gastos com medicamento.

¹²¹ Jean Martin Charcot foi um grande neurologista com o qual Freud teve aula em Salpêtrière (1855-1907). Tal foi a influência de Charcot nos estudos de Freud que este abandonou a neurologia pela psicologia. Com Charcot, Freud tem contato com o estudo da histeria e a hipnose.

¹²² OPES, Carlos Batista. Desafios éticos atuais na psiquiatria. *Revista de Bioética e Ética Médica publicada pelo Conselho Federal de Medicina*. Revista de Bioética. V. 9, n. 1, 2001, p. 34.

¹²³ Cf. LOPES, Carlos Batista. Desafios éticos atuais na psiquiatria. *Revista de Bioética e*

3. CONTEXTO HISTÓRICO DA SITUAÇÃO MANICOMIAL NO BRASIL

No Brasil, a tutela estatal relativamente às pessoas com transtorno mental remonta à metade do século XIX, momento em que, por determinação do Estado Imperial, foram criadas instituições asilares cujo objetivo seria o recolhimento e tratamento de “alienados e inoportunos”¹²⁴.

Antes do envolvimento do Estado, referido serviço era prestado de forma laica pela igreja Católica¹²⁵, persistindo sua influência por um longo período.

A separação entre Estado e Igreja na tutela dos deficientes mentais tornou-se ainda mais nítida, com o advento da República em 1889, principalmente no que se refere à administração dos hospícios que passaram para a responsabilidade dos profissionais médicos.

O público alvo dessas novas instituições constava geralmente de setores carentes da sociedade, sendo vistos em sua maioria como seres indesejáveis que deveriam ser alijados do convívio social.

Dessa forma, desde o início da institucionalização dos manicômios¹²⁶, a ideologia presente é a da contenção, do isolamento e do preconceito, fato que não se observava nas poucas clínicas privadas da época, destinadas ao atendimento dos mais abastados e fora da rede assistencial pública.

O modelo regulador de caráter isolacional-punitivo ganha força com a chegada de Getúlio Vargas ao poder em 1930, que ao editar o Decreto n. 24.559 de 1934, colocou a questão da saúde pública como caso de polícia e ordem pública.

Ética Médica publicada pelo Conselho Federal de Medicina. Revista de Bioética. V. 9, n. 1, 2001, p. 31.

¹²⁴ “No Brasil, quanto aos chamados “criminosos loucos”, o Código Penal de 1890 apenas dizia que eram penalmente irresponsáveis e deviam ser entregues a suas famílias ou internados nos hospícios públicos se assim “exigisse” a segurança dos cidadãos. O arbítrio em cada caso era uma atribuição do juiz”. CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 19.02.2011.

¹²⁵ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 34.

¹²⁶ “Os manicômios judiciários são instituições complexas, que conseguem articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas - o asilo de alienados e a prisão - e, de outro, dois dos fantasmas mais trágicos que “perseguem” a todos: o criminoso e o louco”. In: CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 19.02.2011.

Como consequência, os doentes mentais tiveram sua cidadania perdida¹²⁷, viram-se diante da compulsoriedade do tratamento psiquiátrico e presenciaram a explosão de novas clínicas privadas em virtude, principalmente, da nova relação entre essas e o Poder Judiciário, sob os auspícios privatizantes do Executivo.

A partir de determinado momento, muitos psiquiatras passaram a considerar o manicômio como uma instituição que não deveria mais se dedicar à contenção daqueles para os quais ela fora criada. Exemplificando, já em 1951, em estudo sobre a questão das personalidades-psicopáticas frente à legislação penal brasileira, Heitor Pereira Carrilho¹²⁸, que em 1920 defendera a construção dos manicômios judiciais justamente para a repressão dos “anômalos morais”, afirmava que o manicômio judiciário deveria ser uma instituição “de cunho mais hospitalar”, não sendo adequada ao abrigo das “personalidades-psicopáticas”¹²⁹.

Com o crescimento do número de instituições psiquiátricas privadas, houve um vertiginoso aumento da população manicomial, pautada na banalização das internações.

Esse modelo atingiu seu ápice no período da ditadura militar¹³⁰, cujo comprometimento com interesses privados também se refletiu no âmbito do sistema de saúde mental, passando para o setor privado a tarefa de proporcionar o atendimento psiquiátrico da população, sem zelar pela idoneidade dessa opção.

Cíntia Menezes Brunetta¹³¹ alude, que de acordo com dados coletados, chegou-se em 1971 a 72 públicos e 269 privados com 80.000 leitos; em 1981, 73 públicos e 357 privados, chegando a 100.000 leitos ao longo desta década, começando a diminuir o ritmo somente a partir da redemocratização do País e do início do processo de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, refluindo em 1991 para 54 públicos e 259 privados e 88.000 leitos, chegando em 1999 a 50 públicos e 210 privados e 68.000 leitos e em julho de 2001 a 66.000 leitos.

¹²⁷ O Decreto n. 24.559/1934 disciplinou a área de saúde mental no Brasil por mais de 60 anos.

¹²⁸ Médico psiquiatra e diretor do primeiro Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro.

¹²⁹ CARRARA, Sergio Luis, *ibidem*. A História Esquecida: os Manicômios Judiciais no Brasil. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010. Disponível em http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 19.02.2011.

¹³⁰ Neste sentido, a Declaração do médico psiquiatra José Jackson Coelho Sampaio, em audiência pública na CIDH, que consta da sentença do caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Eis seu teor: “Desde o ano de 1962 até o ano de 1991, a assistência psiquiátrica se dava mediante a internação em hospitais privados, método iniciado durante a ditadura militar”. Corte IDH., Caso Damião Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentença de mérito, reparações e custas de 4 de julho de 2006, p. 9. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acessado em: 07.09.2014.

¹³¹ Cíntia Menezes Brunetta apud Costa, in O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, ano 94, v. 835, p. 62, maio, 2005.

Se de um lado a deterioração das condições dos tutelados em virtude de deficiências mentais se arrefeceu, a movimentação em prol dos direitos humanos e do fortalecimento da sociedade civil se aprofundou na década de 1980.

Isto transparece nos ideais de luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais, o que deu origem a grupos como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial¹³².

Tais grupos surgiram da necessidade de atenção à ampla demanda de denúncias envolvendo instituições psiquiátricas e o tratamento desumano e degradante dispensado aos seus usuários.

3.1. A LEI N. 10.216/01 QUE DISPÕE SOBRE A PROTEÇÃO E OS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E REDIRECIONA O MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

Com a edição da Lei n. 10.216/01, importantes mudanças foram introduzidas no âmbito da saúde mental, abrindo-se novas perspectivas em relação ao tratamento psiquiátrico no Brasil.

A Lei de Saúde Mental constituiu um projeto de grande determinação política do governo, com participação direta dos grupos envolvidos.

Com a promulgação da lei é possível falar em direitos concretos, com conteúdo determinado, de direitos de quem até agora não os tinha consagrados e reconhecidos: as pessoas com transtornos mentais.

Isto porque a Constituição Federal de 1988 instituiu uma série de direitos, nomeados de fundamentais, e que se aplicariam a todos os cidadãos, contudo as pessoas com transtornos mentais não tinham sua carta de direitos, como ocorria com a criança e adolescente, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente e, o idoso, por meio do Estatuto do Idoso.

Consagrar os direitos das pessoas com transtornos mentais era de há muito uma exigência da sociedade. Um sistema que se orgulha de ter os seus alicerces na dignidade da pessoa humana não podia consentir que a pessoa com transtorno mental não tivesse um verdadeiro estatuto de sujeitos de direitos.

¹³² “Desde meados da década de 1980, as discussões sobre direitos humanos, participação e cidadania, reprimidas durante o período da ditadura militar, avolumaram-se, chegando a um nível de articulação que permitiu a Reforma Psiquiátrica de Santos-SP, e, em 1987, a criação do **Movimento Nacional da Luta Antimanicomial**. Este movimento, ampliando-se a cada ano, passou a apoiar a iniciativa do Deputado Federal Paulo Delgado (PT-MG), que, em 1989, apresentou um Projeto de Lei à Câmara dos Deputados, sendo aprovado. Propunha, além da atualização da legislação vigente sobre o assunto, datada de 1934, a reorientação da assistência com base nos princípios modernos da desinstitucionalização e reinserção social”. COSTA, Augusto Cesar de Farias. *Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Disponível em: www.mp.pe.gov.br/.../Artigo_-_Direito_e_Sade_Mental_-_Augusto_Cesar_de_Farias_Costa.doc. Acessado em: 13.02.2011.

Uma vez que a Lei de Saúde Mental realiza a harmonização e a concordância dos direitos fundamentais do doente, o que se defende agora é a efetividade de tais direitos concedidos às pessoas com transtornos mentais.

3.2. A ATUAL POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL

Para tratarmos do assunto aqui proposto, é importante explicarmos a política pública de saúde, hoje adotada pelo Brasil.

Desde sua promulgação em 03 de outubro de 1988, a Constituição Federal, considerada como a Constituição Cidadã, trouxe ao longo de seu texto diversos direitos aos cidadãos. Dentre eles estão o direito à liberdade, direito à vida, direito de locomoção, direito de propriedade, entre outros.

Neste extenso rol de direitos, alguns são de extrema importância para a sociedade como o direito à vida, à saúde e o princípio da igualdade. Isto pois temos o direito à saúde como meio para manutenção da vida e o princípio da igualdade como regra para o tratamento igualitário e universal da saúde para sua promoção, proteção e recuperação¹³³.

Relativamente ao doente mental, a Política Pública em Saúde Mental adotada no Brasil, desde a década de 1980, é a antimanicomial, mas antimanicomial “moderada”.

Com o advento da Lei n. 10.216/01, efetivamente foram declarados os direitos das pessoas com transtorno mental e, desde então, tem-se tentado implementar tal política¹³⁴.

¹³³ Art. 196. *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

¹³⁴ A respeito dos direitos dos doentes mentais nas Américas vide a DECLARAÇÃO DE CARACAS. Tal documento marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, VERIFICANDO, 1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo; 2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores. CONSIDERANDO, 1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000; 2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem

Nas palavras de Luciana Barbosa Musse

A promulgação da Lei n. 10.216/2001, alça os portadores de transtornos mentais, juridicamente, à categoria de “novos sujeitos de direito”. Essa expressão é utilizada para denominar grupos de pessoas que, como as pessoas com transtornos mentais, ao longo da História, sofreram um processo de exclusão “crônica” e, por isso, eram desprovidos de cidadania¹³⁵.

melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva; 3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde. DECLARAM 1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços; 3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário; 4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento; 5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a interação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação; 6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. Para o que SOLICITAM Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região. APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.

¹³⁵ MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, p. 41. E ainda, Antônio Carlos Wolkmer, a esse respeito: “os chamados ‘novos’ direitos nem sempre sejam inteiramente ‘novos’, na verdade, por vezes, o ‘novo’ é o modo de obter direitos que não passam mais pelas vias tradicionais – legislativas e judicial -, mas provêm de um processo de lutas específicas e conquistas das identidades coletivas plurais para serem reconhecidas pelo Estado ou pela ordem pública constituída. [...] Enfim, o processo histórico de criação ininterrupta dos ‘novos’ direitos fundamenta-se na afirmação permanente das necessidades humanas específicas e na legitimidade de ação dos novos atores sociais, capazes de implementar práticas diversificadas de relação entre indivíduos, grupos e natureza. WOLKMER, Antonio Carlos.

Com a Reforma Psiquiátrica não se criou somente um modelo assistencial extra-hospitalar substitutivo ao anteriormente existente, mas houve “um redimensionamento do que seria a reinserção psicossocial do indivíduo doente e a inserção da comunidade no sistema de assistência à saúde mental¹³⁶”.

Os hospitais têm sido substituídos por uma rede de serviços comunitários, na qual se incluem os diversos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de assistência na rede básica de saúde. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares Psiquiátricos, interveio em diversas instituições e reestruturou a assistência psiquiátrica.

Todavia, o fechamento de leitos para internação psiquiátrica não considera as necessidades clínicas, gravidade e ou complexidade, apesar da insuficiência de CAPS I, II, III, CAPS AD e CAPSi sob o ponto de vista de proporcionalidade populacional¹³⁷.

A intenção doutrinária de fechar hospitais psiquiátricos, considerados genericamente asilares, se recusa a considerar as refratariedades terapêuticas, falta de insumos disponíveis, e insuficiência de rede de suporte social, entre outros, culpando a instituição e não a política assistencial pelo insucesso terapêutico.

Na 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental — Intersetorial (CNSM-I), sob o tema *Saúde Mental: direito e compromisso de todos — consolidar avanços e*

Introdução aos fundamentos de uma teoria geral dos “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas. In: WOLKMER, Antônio Carlos. Leite, José Rubens Morato. *Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas*. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 20.

¹³⁶ BRUNETTA, Cíntia Menezes. O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, ano 94, v. 835, p. 63, maio de 2005.

¹³⁷ “A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com Programa de Volta para Casa. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação. A Rede de atenção psicossocial de acordo com o porte dos municípios. Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infante-juvenil (CAPSi). Os parâmetros populacionais para a implantação destes serviços são definidos da seguinte forma: (i) Municípios até 20.000 habitantes - rede básica com ações de saúde mental; (ii) Municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental; (iii) Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental; (iv) Municípios com mais de 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU. A composição da rede deve ser definida seguindo estes parâmetros mas também atendendo a realidade local”. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1. Acessado em: 30.03.2011.

enfrentar desafios, realizada em Brasília, entre 27 de junho e 1º de julho de 2010, Paulo Amarante presidente do congresso e pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Fiocruz (Laps/Ensp/ Fiocruz), destacou a importância da participação do evento de vários setores, em especial o de Direitos Humanos e da Cultura¹³⁸.

Patente a importância do respeito aos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, com ênfase ao direito à liberdade, uma vez que por séculos o tratamento recomendado a tais pacientes era a reclusão.

CONCLUSÃO

Como visto no presente estudo, os direitos das pessoas com transtorno mental, no decorrer dos séculos foram desrespeitados, sendo tal ofensa tão grave que praticamente reduzia tais pessoas a seres sem valor.

Os direitos fundamentais visam dar condições de garantias a característica essencial do homem (dignidade da pessoa humana).

Hoje é reconhecido que toda pessoa tem direitos fundamentais, decorrendo daí a imprescindibilidade da sua proteção para preservação da dignidade humana.

O transtorno mental é algo tão relevante para a sociedade moderna que o Estado possui política pública para tratamento das pessoas com referida doença.

A pessoa com transtorno mental hoje não mais é visto como um objeto para a intervenção médica, passando a ser visto como um sujeito singular, ativo, integral, autêntico, com necessidades, valores, ideais, que vive, contesta e altera o encontro clínico juntamente com o médico.

Nenhum tratamento é adequado para todas as pessoas. É muito importante para conseguir uma combinação apropriada de tipo de ambiente, intervenções e serviços de tratamento com os problemas e necessidades de cada paciente, de modo que a pessoa consiga alcançar o sucesso final, retornando para o funcionamento produtivo na família, no trabalho e sociedade.

Cada pessoa deve ter um tratamento individualizado, ou seja, ele deve ser delineado de acordo com as necessidades do paciente e da família.

Grande parcela das pessoas com transtorno mental não precisa ser internada, mas alguns necessitam de um tratamento mais “firme”. Outros terão como indicação uma psicoterapia, ou terapia familiar, assim por diante. Somente um profissional especializado na área poderá discutir com o paciente e avaliar qual é a melhor opção para ele.

A internação é a modalidade de tratamento designada aos casos mais graves, que exigem cuidados intensivos. A internação ocorre quando o profissional, que

¹³⁸ MACHADO, Katia. DOMINGUEZ, Bruno. A palavra é intersectorialidade. *Revista Radis* 97. Set. 2010, p. 16. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/97/capa.html>. Acessado em: 07.09.2014.

norteia o atendimento, entende que o paciente corre risco de morte, quando a própria pessoa escolhe ser internada para a realização do tratamento, quando as tentativas ambulatoriais fracassaram, quando o paciente não possui uma estrutura familiar e social que o auxiliará a ficar abstinente.

A internação pode variar de alguns dias até meses, dependendo da necessidade, da adesão ao tratamento e do grau de dependência do paciente. A internação involuntária ou compulsória são exceções; é a última alternativa a ser utilizada para salvaguardar a saúde, a dignidade e a vida do dependente químico.

Na internação compulsória surge a questão sobre a violação do direito à liberdade. Todavia, não há como admitir o direito à saúde, à dignidade e principalmente o direito à vida em segundo plano. Pergunta-se: se não estão presentes esses três direitos de inestimável importância, de que vale a liberdade?

Finalizando, vale observar a necessidade de maior esclarecimento (políticas públicas) sobre como ocorrem as internações compulsórias e involuntárias para que não haja tamanho preconceito em relação a esse tipo de intervenção, que, muitas vezes, é a única forma de resguardar a vida de uma pessoa que perdeu o discernimento e está caminhando diretamente para um estágio degradante e que poderá efetivamente levá-lo à morte se não houver uma intervenção mais contundente.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, Norberto. *Da estrutura à função; novos estudos de teoria do direito*. Tradução de Daniela Beccaria Versiani; revisão técnica de Orlando Seixas Bechara, Renata Nagamine. Barueri: Manole, 2007.

BRASIL. Decreto n. 24.559/1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e da outras providencias.

BRASIL. Lei n. 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRUNETTA, Cintia Menezes. O direito das pessoas portadoras de transtornos mentais. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, ano 94, v. 835, p. 61, maio, 2005.

CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 19.02.2011.

CORTE IDH., Caso Damião Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentença de mérito, reparações e custas de 4 de julho de 2006, p. 9. Disponível em: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acessado em: 07.09.2014.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. *Direito, Saúde mental e Reforma Psiquiátrica*. p. 6. Disponível em: www.mp.pe.gov.br/.../Artigo_-_Direito_e_Sade_Mental_-_Augusto_Cesar_de_Farias_Costa.doc. Acessado em: 13.02.2011.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. ADOTADA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE EM CARACAS, VENEZUELA, EM 14 DE NOVEMBRO DE 1990. Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas. Acessado em: 07.09.2014.

FERREIRA, Arthur Arruda Leal. O múltiplo surgimento da psicologia. p. 34. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria. FERREIRA, Arthur Arruda Leal. PORTUGAL, Francisco Teixeira(Org). *História da psicologia: rumos e percursos*. Rio de Janeiro: Nau Ed., 2007.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura: na idade clássica*. Tradução José Teixeira Coelho Neto. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982). Os Anormais*. Tradução, Andréa Daher; consultoria, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

GOMES, Celeste dos Santos Pereira. SANTOS, Maria Celeste Cordeiro Leite. SANTOS, José Américo dos. *Dano psíquico*. São Paulo: Editora Oliveira Mendes, 1998.

HÄBERLE, Peter, *Hermenêutica Constitucional – A sociedade aberta dos intérpretes da Constituição: contribuição para a interpretação pluralista e 'procedimental' da Constituição*, trad. Gilmar Mendes, Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1997.

LOPES, Carlos Batista. Desafios éticos atuais na psiquiatria. *Revista de Bioética e Ética Médica publicada pelo Conselho Federal de Medicina. Revista de Bioética*. V. 9, n. 1, 2001.

MACHADO, Katia. DOMINGUEZ, Bruno. A palavra é intersetorialidade. *Revista Radis 97*. Set. 2010, p. 12. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/97/capa.html>. Acessado em: 07.09.2014.

MARCHEWKA, Tânia Maria Nava. As contradições das medidas de segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Revista de Direito UPIS*, Brasília: 97-111, janeiro – 2003.

MONTORO, André Franco. *Estudos de Filosofia do Direito*. São Paulo: Saraiva, 1999.

MUSSE, Luciana Barbosa. *Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

SERRA, Adriano Vaz. Palavras finais do Prof. Doutor Adriano Vaz Serra. In: CAR-

VALHO, Álvaro de et al. *A lei de saúde mental e o internamento compulsivo*. Coimbra: Coimbra Editora. 2000.

WOLKMER, Antonio Carlos. Introdução aos fundamentos de uma teoria geral dos “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas. In: WOLKMER, Antônio Carlos. Leite, José Rubens Morato. *Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas: uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas*. São Paulo: Saraiva, 2003, p. 20.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Research capacity for mental health in low – and middle – income countries*. World Health Organization; 2007, p. 13, (tradução livre da autora). Disponível em: http://www.who.int/mental_health/MHRC_Full-Text.pdf. Acessado em: 07.09.2014.