



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

LORENA DE SOUZA AZEVEDO

**ESTUDO SOBRE AS ALTERAÇÕES NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE
MENTAL E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

**LAVRAS-MG
2020**

LORENA DE SOUZA AZEVEDO

**ESTUDO SOBRE AS ALTERAÇÕES NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE
MENTAL E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Lavras, como parte das
exigências do curso de Bacharelado em
Direito.

Orientador(a) Prof. Me. Guilherme
Scodeler de Souza Barreiro

**LAVRAS-MG
2020**

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento Técnico
da Biblioteca Central do UNILAVRAS

A994e Azevedo, Lorena de Souza.
Estudo sobre as alterações nas políticas nacionais de saúde mental e os direitos fundamentais da pessoa com deficiência / Lorena de Souza Azevedo; orientação de Guilherme Scodeler de Souza Barreiro. -- Lavras: Unilavras, 2020.
65 f.; il.

Monografia apresentada ao Unilavras como parte das exigências do curso de graduação em Direito.

1. Tratamento manicomial. 2. Direitos da pessoa com deficiência. 3. Dignidade da pessoa humana. 4. Violação I. Barreiro, Guilherme Scodeler (Orient.). II. Título.

LORENA DE SOUZA AZEVEDO

**ESTUDO SOBRE AS ALTERAÇÕES NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE
MENTAL E OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Lavras, como parte das
exigências do curso de Bacharelado em
Direito.

APROVADO EM: 30/09/2020

ORIENTADOR(A)

Prof. Me. Guilherme Scodeler de Souza Barreiro/UNILAVRAS

MEMBRO DA BANCA

Prof. Pós – Dr. Denilson Victor Machado Teixeira/UNILAVRAS

LAVRAS

2020

DEDICATÓRIA

*A todos aqueles que foram silenciados
pelos hospitais psiquiátricos do Brasil.*

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração direta ou indireta de muitas pessoas. Manifesto minha gratidão a todas elas e, de forma particular, aos meus pais, irmão, namorado, e amigo pela compreensão e auxílio quanto à realização deste projeto. Agradeço também ao meu orientador Guilherme Scodeler, por todos os conselhos, dicas e indicações que foram de grande valia.

RESUMO

Introdução: O presente trabalho de conclusão de curso abordou um estudo sobre as alterações nas políticas nacionais de saúde mental e os direitos fundamentais da pessoa com deficiência. **Objetivo:** elucidar um histórico sobre o tratamento manicomial no Brasil e analisar, do ponto de vista jurídico, se houve alteração no cuidado dos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos após o advento da Constituição Federal de 1988 além de discorrer criticamente sobre a nota técnica 11/2019 publicada pelo Ministério da Saúde e suas confrontações com a Lei 10.216/2001, e a Lei 13.146/2015, para o fim de verificar se os tratamentos realizados no ambiente manicomial traziam efetivas melhoras aos pacientes e se os direitos fundamentais eram respeitados. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada pelo método bibliográfico, mediante busca de livros e artigos científicos com temas referentes ao assunto do tratamento manicomial e os direitos da pessoa com deficiência. Houve o levantamento bibliográfico, a leitura e seleção dos materiais pertinentes. **Conclusão:** Este estudo permitiu concluir que o tratamento manicomial apresenta intensas violações quanto aos direitos individuais da pessoa com deficiência, além de não apresentar melhorias nos estados clínicos destes que se encontram hospitalizadas, em especial, devido às práticas utilizadas. Além disso, foi possível concluir que, mesmo após a vigência da Constituição Federal de 1988, a Lei 10.216/01 e a Lei 13.146/15, apesar de ter sido uma vitória para os defensores da reforma antimanicomial, muitos hospitais psiquiátricos no Brasil continuaram abertos e exercendo práticas inconstitucionais no tratamento dos enfermos. Neste sentido, foi publicada pelo Ministério da Saúde, a nota técnica 11/2019, que representa um retrocesso quando aos direitos da pessoa com deficiência, em especial por priorizar as internações psiquiátricas e tratamentos como a eletroconvulsoterapia.

Palavras-chave: Tratamento manicomial; direitos da pessoa com deficiência; dignidade da pessoa humana; violação.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pacientes bebem água do esgoto que corta os pavilhões	28
Figura 2 – Silvio Savat, ex-menino de Barbacena, fotografado em 1979, confundido com um cadáver	30
Figura 3 – Paciente encarcerado em sua cela no hospital psiquiátrico	32
Figura 4 – Óbitos por ano em decorrência e por manicômio na região de Sorocaba	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Apud	Citado por
ART	Artigo
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CDPD	Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECT	Eletroconvulsoterapia
Et al.	E outros (<i>et alii</i>)
LBI	Estatuto da Pessoa com Deficiência
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MG	Minas Gerais
MPT	Ministério Público do Trabalho
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
PTMG	Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SP	São Paulo
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
STF	Supremo Tribunal Federal

STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TDA	Tomada de Decisão Apoiada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO SOBRE O SURGIMENTO DO TRATAMENTO MANICOMIAL.....	14
2.1.1 A evolução do tratamento manicomial no mundo.....	14
2.1.2 A evolução do tratamento manicomial no Brasil.....	17
2.2 OS DIREITOS INDIVIDUAIS DA PESSOA HUMANA E OS MÉTODOS UTILIZADOS PARA TRATAR OS DOENTES MENTAIS NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	21
2.2.1 Os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana	21
2.2.2 Os tratamentos utilizados no tratamento manicomial/asilar	25
2.2.3 Aspectos de violação dos direitos fundamentais no tratamento manicomial.....	27
2.3 O TRATAMENTO MANICOMIAL APÓS O ADVENTO DA LEI 10.216/2001	33
2.4 A LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (LEI 13.146/15) E A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA	41
2.5 A PROPOSTA DE ALTERAÇÃO NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL ABORDADA PELA NOTA TÉCNICA 11/2019	47
3 CONSIDERAÇÕES GERAIS	56
4 CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS	61

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como propósito realizar uma análise sobre as alterações nas políticas nacionais de saúde mental e os direitos fundamentais da pessoa com deficiência, que há muitas décadas são enfiados nos hospitais psiquiátricos e isolados da sociedade.

O tratamento manicomial destinado aos pacientes com problemas mentais substituíram os asilos a partir do século XVIII. Ocorre que tal instituto tinha como objetivo auxiliar no tratamento das pessoas com deficiência mental, mas se tornou um mecanismo de tortura dos seres humanos que já possuíam algum tipo de distúrbio e acabavam perdendo ainda mais a lucidez pelos métodos neles utilizados. Nestes tratamentos não existiam preceitos morais e éticos, muito menos se falava em garantia da dignidade da pessoa humana, mas somente na submissão de um ser vivo que sofreu, por muitos e muitos anos, dentro das paredes dos hospitais psiquiátricos.

Foram muitos anos de sofrimento destes indivíduos nas mãos dos verdadeiros loucos que se achavam superiores e no direito de privar outros seres de exercerem uma vida digna, pelo simples fato de possuírem um diagnóstico de portador de doença mental. A Constituição Federal de 1988, a Lei 10.216/01 e a Lei 13.146/15 são marcos significativos na proteção dos direitos da pessoa com deficiência, mas ainda há um longo caminho a ser seguido.

Dito isto, a importância de analisar de forma mais profunda este tema, consiste na necessidade de conhecer a realidade por trás dos muros dos hospitais psiquiátricos do país e criar cidadãos conscientes na luta pela preservação dos direitos da pessoa com deficiência e pela desinstitucionalização do tratamento manicomial.

O grande problema do estudo reside na constatação se os direitos fundamentais da pessoa humana previstos na Constituição Federal são respeitados no tratamento hospitalar, e se a nota técnica 11/2019 está em consonância com as legislações vigentes no país.

Ante o exposto, o questionamento a ser solucionado é o seguinte: Os direitos humanos e direitos fundamentais são respeitados no tratamento manicomial? Após a Lei 10.216/01 e a Lei 13.146/15 houve alterações significativas no que diz respeito

às internações hospitalares e o direito da pessoa com deficiência? E por fim, a nota técnica 11/2019 disponibilizada pelo Ministério da Saúde, apresenta um avanço pela luta antimanicomial ou retrocesso?

O presente estudo tem por objetivo elucidar um histórico sobre o sofrimento enfrentado pelos doentes mentais no tratamento manicomial, até meados de 2001 quando da promulgação da Lei Antimanicomial (Lei 10.216/01) confrontando essa situação com a nota técnica 11/2016 intitulada como “Nova Saúde Mental”, em debate pelo Ministro da Saúde. O enfoque será principalmente na preservação, ou não, dos direitos individuais da pessoa com deficiência.

Por conseguinte, o primeiro capítulo apresenta um contexto histórico sobre o início das internações psiquiátricas no Brasil e no mundo, relatando de forma breve como eram vistos os doentes mentais na sociedade com o passar dos séculos.

Neste sentido, o capítulo seguinte visa elucidar os direitos constitucionais da pessoa com deficiência em confronto com os métodos utilizados no tratamento psiquiátrico para concluir se existe um conflito entre eles ou se convivem de forma harmoniosa trazendo melhorias no estado psíquico do paciente. Intenta-se ainda, analisar, do ponto de vista jurídico, se houve alteração no tratamento dos pacientes internados após o advento da Constituição Federal de 1988.

Posto isto, o capítulo subsequente analisa as alterações nas políticas nacionais de tratamento do doente mental após a Lei 10.216/01 e se, a partir da vigência da Lei 13.146/15 houve alguma modificação na legislação anterior ou se as duas, por terem objetivos semelhantes, vigem em consonância quanto à proteção dos direitos das pessoas com deficiência.

Por fim, em decorrência de todo o exposto, o capítulo final realiza uma análise crítica sobre a nota técnica 11/2019, a partir do contexto estudado anteriormente, com o objetivo de analisar se trata de um retrocesso ou um avanço para a luta pela desinstitucionalização dos manicômios no Brasil e a proteção dos direitos do doente mental.

A presente análise tem sua importância por se tratar de um assunto que diz respeito a possíveis violações dos direitos humanos da pessoa com deficiência mental, em especial por ser um tema interdisciplinar que voltou a ser discutido recentemente devido à nota técnica 11/2016, publicada pelo até então Ministro da Saúde, Quirino Cordeiro Júnior e que pode tanto um avanço quanto um retrocesso

no que diz respeito à luta pela Reforma Antimanicomial e a preservação dos direitos da pessoa humana.

No que tange à metodologia utilizada, a pesquisa se desenvolveu por meio do recurso metodológico bibliográfico, com base no estudo de livros, portais de periódicos, legislações, sites e pesquisas científicas que abordem algo semelhante ao assunto em análise. Dito isto, foi realizada uma abordagem qualitativa em busca de melhor explicar o tema e adequá-lo a legislação vigente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contexto histórico sobre o surgimento do tratamento manicomial

Antes de adentrar em uma análise específica sobre o tratamento manicomial e os direitos da pessoa com deficiência, mister se faz compreender um contexto histórico sobre o início das internações psiquiátricas no âmbito global e no Brasil, para então contextualizar com a realidade atual. Posto isto, este primeiro ponto terá como objetivo realizar uma abordagem geral sobre a evolução do tratamento da loucura ao longo dos anos, em especial, quando se deu início as internações manicomiais.

2.1.1 A evolução do tratamento manicomial no mundo

Para compreender a sociedade moderna é muito importante realizar um contexto histórico do que já foi vivenciado no passado, posto que, à medida que os povos se transformam e o pensamento evolui, a cultura também é diretamente afetada. Por este motivo, uma prática realizada na idade média atualmente pode ser considerada um absurdo, seja pela evolução do homem, ou pelas divergências de pensamento. Ademais, a depender do contexto que é estudado, é possível perceber diversas alterações no pensamento humano, e conseqüentemente, na vivência em sociedade.

Posto isto, da idade média para cá, a forma em que o paciente portador de doença mental era tratado sofreu drásticas alterações, tendo em vista que o pensamento humano e as crenças estão em constantes mudanças, assim como a medicina e as tecnologias.

Segundo Arruda Neto (2005), a intolerância contra os doentes mentais nem sempre prevaleceu ao longo da história, tanto é que entre os povos antigos os problemas psiquiátricos eram tidos como algo iluminado que aproximava os indivíduos da divindade. Nesta época surgem os oráculos, indivíduos que sofriam de algum distúrbio psíquico e que, devido às crenças do período, era considerado como a voz dos deuses na terra.

Foi somente na Idade Média, nos séculos V a XV que o preconceito contra os loucos se alastrou, sendo certo que tal período é considerado pelos estudiosos da saúde mental como o "marco referencial da mudança de postura para com os acometidos por transtornos psíquicos". (ARRUDA NETO, 2005). A partir de então, surge à exclusão e marginalização das pessoas com deficiência, sendo considerada a escória da sociedade.

Contudo, apesar de os manicômios serem uma novidade da Idade Média, Sanchez, *et al.*, (2000), dispõe que, retirar os doentes mentais de seus lares para interná-los compulsoriamente não é uma prática recente na sociedade, de maneira que desde o século VII existiam relatos de ambientes nos quais estas pessoas eram isoladas do seu convívio usual.

Ainda neste período, especificamente entre os séculos XV e XVI, surgem os primeiros manicômios com intuito de abrigar os loucos excluídos pela família e pela sociedade. Nesta época, eram abrigos de cunho religioso criados especificamente para afastar as minorias da sociedade e não possuíam qualquer aptidão médica para o tratamento dos doentes mentais (MENDES; MENEZES, 2013).

A queda do poder dos senhores feudais pelo fortalecimento do poder centralizador dos monarcas aliado à ascensão da burguesia, o acesso aos conhecimentos e o fluir das informações, agregado à crise da Igreja Católica, depois de frustradas tentativas de inibição da sexualidade dos religiosos da época acabaram por ocasionar um descontentamento político e religioso. Neste contexto, homens e mulheres, crianças, adolescentes, adultos e idosos, pessoas com limitações físicas, perturbados ou somente hereges e contestadores eram perseguidos pela população e torturados pelos Tribunais da Inquisição (COSTA, 2003).

No período seguinte, durante o século XVII que ficou conhecido como a "Era da Razão e da Observação", o mundo passou por uma evolução do raciocínio, em especial no que tange a dedução e a matemática. Logo após, na França do final do Século XVIII, período que se seguiu à Revolução, um médico chamado Philippe Pinel foi incumbido pela Assembleia Francesa de realizar um ordenamento em dois locais onde se misturavam excluídos de toda ordem (COSTA, 2003).

A influência das ideias de Pinel é percebida com a retirada das correntes que aviltavam os alienados dos Hospitais Psiquiátricos Bicêtre e Salpêtrière em Paris e o

tratamento categórico dos pacientes, que agora seriam diagnosticados antes de serem submetidos ao tratamento psiquiátrico (PESSOTTI *apud* MENDES; MENEZES, 2013).

Diante dos posicionamentos de Philippe Pinel voltados a uma terapêutica digna aos pacientes, ele foi considerado o pioneiro no tratamento de doentes mentais e um dos precursores da psiquiatria moderna, sendo o primeiro a tratar os pacientes de forma mais humana, priorizando a valorização de seus direitos. Este foi o marco inaugural para o surgimento da medicina mental ou psiquiatria.

Entre os objetivos e opiniões deste médico francês sobre o tratamento manicomial é possível concluir que este propunha a observação dos sujeitos de forma categórica, para o oferecimento de um tratamento médico específico dentro das instituições. Dessa forma, após diversos estudos, Pinel chegou ao desenlace de que as doenças mentais surgiam de acidentes físicos, causas hereditárias ou até mesmo tensões sociais, que deviam ser combatidas por meio de um tratamento humanitário, estabelecendo a doença como um problema moral (PACHECO, 2009).

Ao longo do século XIX, a busca de explicações para a loucura por meio de pesquisas baseadas em estudos sobre o sangue e dessecação dos cérebros tomou conta da recém-criada Psiquiatria. Ocorre que, a exclusão e os maus tratos defendidos pelos hospitais pinelianos, voltados para uma administração rígida, passaram a ser questionados pelos defensores de tratamentos não violentos. Posto isto, no final do século XIX, passaram a ser criados espaços nas zonas rurais da cidade onde os deficientes mentais poderiam ser tratados e exercer de maneira mais humanizada seu direito a liberdade (COSTA, 2003).

A partir daí, o ambiente manicomial que a pouco foi criado para tratar os doentes mentais passou a se tornar uma forma intensa de menosprezar os indivíduos acometidos de alguma enfermidade e tortura-los de formas inimagináveis pela sociedade. Cada vez mais, o louco é isolado da sua vida comum, sendo internado contra sua vontade e servindo de cobaia para as pesquisas realizadas.

Por todo o século XX, buscou-se alterar essa realidade mediante o desenvolvimento de outros modelos hospitalares com intuito de tentar promover um maior grau de interação e democracia entre o paciente e o hospital psiquiátrico. Dentre as experiências mais significativas estão à psiquiatria comunitária idealizada

por J.F. Kennedy nos EUA por volta de 1963 e a psiquiatria democrática ou reforma psiquiátrica, de Franco Basaglia na Itália por volta de 1969 (COSTA, 2003).

A reforma psiquiátrica ocasionada por Basaglia na Itália, por sua vez, influenciou o Brasil, tendo as duas objetivos semelhantes, entre eles o fim dos manicômios e uma modernização da assistência psiquiátrica no trato com os pacientes portadores de transtornos mentais.

2.1.2 A evolução do tratamento manicomial no Brasil

No Brasil, somente a partir da segunda metade do século XIX, ainda durante o período imperial, que se tem início a assistência psiquiátrica, de maneira que, no período anterior, a experiência da loucura e seu tratamento eram exercidos de forma leiga pela Igreja Católica onde as freiras eram responsáveis por prestar assistência aos internados (COSTA, 2003).

É no século XX, contudo, que a internação psiquiátrica ganha contornos institucionais que a tornam protagonista nas ações de Estado. Com o advento do Código Civil de 1916 o indivíduo portador de doença mental passa a ser reconhecido como incapaz (BRASIL, 2019).

A cobrança da população quanto à necessidade de criação de um ambiente para separar os indivíduos inoportunos, agregados aos questionamentos dos médicos sobre as instituições asilares fez com que o Estado Imperial construísse um lugar específico para este tratamento. Com isto, em 1852 é criado o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro pelo próprio imperador D. Pedro II, para o início da assistência psiquiátrica no país (COSTA, 2003).

Reafirmando as atrocidades ocasionadas nos hospitais psiquiátricos de todo o mundo, Arbex (2013) grande estudiosa e escritora brasileira, trouxe em seu livro “O Holocausto Brasileiro” dados categóricos ao afirmar que cerca de 70% (setenta por cento) das pessoas internadas no Hospital Colônia, situado em Barbacena/MG, não tinham diagnóstico de doenças mentais, eram indivíduos que se rebelavam ou se tornavam incômodos para alguém com maior poder. Os pacientes eram submetidos a tratamentos degradantes, sem qualquer tipo de higiene ou respeito à dignidade humana, comiam ratos, as mães tinham seus filhos roubados, seus corpos eram vendidos entre outras práticas abordadas em seu livro.

Em 1934, quatro anos após a criação do Ministério da Educação e Saúde, o presidente Getúlio Vargas editou o Decreto 24.559 que dispõe sobre a “profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e os bens dos psicopatas, bem como a fiscalização dos serviços psiquiátricos” (COSTA, 2003). Este decreto foi um importante instrumento no que tange ao tratamento dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos.

No âmbito global, em 1969 ocorria a Convenção Americana (Pacto San José da Costa Rica) e a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, a primeira com o objetivo de consolidar neste Continente, dentro do quadro das instituições democráticas, um regime de liberdade pessoal e de justiça social, fundado no respeito dos direitos essenciais do homem, e a segunda com a vedação de submeter outras pessoas a tortura ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Ambos os instrumentos serviram para reafirmar os direitos dos portadores de doença mental dentro dos hospitais psiquiátricos no Brasil e reforçar a proibição de tratamentos desumanos ou degradantes que até então eram usuais.

De acordo com Pitta (2011), os anos 1975 a 1980 merecem enfoque, por serem um grande momento para o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste período, o Brasil recebeu a visita de pessoas como: Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel, para participarem de Congressos e levar informações do nosso país. Este foi um fato que cativou aqueles que já estavam com pensamentos inquietos sobre o tratamento manicomial a tomarem iniciativas em busca dos direitos sociais desse pacientes.

Na década de 80 ocorreram no Brasil reuniões importantes para o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) como o Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria em 1983 em Belo Horizonte/MG, o Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo e o Congresso de Trabalhadores de Bauru, realizado em 1987, sendo este o marco dos diferentes movimentos sociais em torno da Reforma Psiquiátrica, gerando o lema “por uma sociedade sem manicômios” (PITTA, 2011). A partir daí, o movimento intitulou o dia 18 de maio como o dia oficial da Luta Antimanicomial.

A partir da década de 90, especificamente em 1989, o deputado Paulo Delgado (PTMG) apresentou o projeto de lei nº 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto possuía três objetivos basilares: a

construção de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o direcionamento dos recursos para a criação de tratamentos não manicomial de atendimento; e a necessidade de comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária (VASCONCELOS *apud* PITTA, 2011).

Ainda neste período, precisamente em 1990, surge a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde, que dispunha sobre os direitos fundamentais dos pacientes psiquiátricos (JORGE; FRANÇA, 2000).

O avanço mais consistente da reforma psiquiátrica brasileira acontece a partir do ano 2000. Trata da expansão da rede comunitária e do controle dos hospitais, onde as Portarias 336 e 189 expandem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e duas portarias, 106 e 1.220, ambas de 2000, instituem os “serviços residenciais terapêuticos (SRT)”. (PITTA, 2011)

No Brasil, a Constituição da República de 1988 dispõe expressamente sobre a dignidade da pessoa humana e seus direitos fundamentais, sendo pródiga na defesa de todos eles, o que tem intensa relação com o movimento antimanicomial assentado nas declarações internacionais que dizem respeito aos Direitos Humanos, em especial do portador de deficiência mental (MENDES; MENEZES, 2013).

Neste contexto, a I Conferência de Saúde Mental em 1987, a Constituição de 1988, a lei federal n. 8.080/90 do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Projeto de lei “Paulo Delgado”, apresentado em 1989, foram imprescindíveis para a análise dos princípios constitucionais em especial dos acometidos por doenças mentais, demonstrando, ainda, a necessidade de participação do Estado para efetivação destes direitos (BRASIL, 2019).

A respeito dos objetivos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, importante esclarecer que:

Com o intuito de acabar com os manicômios, o projeto de reforma psiquiátrica no Brasil visava substituir, aos poucos, o tratamento dado até então por serviços comunitários. O paciente seria encorajado a um exercício maior de cidadania, fortalecendo seus vínculos familiares e sociais, e nunca sendo isolado destes. A partir da reforma, o Estado não poderia construir e nem mesmo contratar serviços de hospitais psiquiátricos. Em substituição às internações, os pacientes teriam acesso a atendimentos psicológicos, atividades alternativas de lazer, e tratamentos menos invasivos do que aqueles que eram dados. A família, aqui, teria papel fundamental na recuperação do paciente, sendo a principal responsável por ele. (TOZZE, 2016, online)

Após tantas décadas de luta, o Governo Brasileiro promulgou, com a sanção presidencial, a Lei nº 10.216 em 06 de abril de 2001, sendo que o projeto estava em análise desde meados da década de 90, cujo objetivo principal é o de fazer uma ruptura com o ordenamento jurídico de nosso país no que tange o tratamento das pessoas com problemas psiquiátricos e a internação compulsória, bem como a utilização de práticas desumanas para o “tratamento” dos pacientes. No entanto, mesmo após sua publicação, o fechamento de hospitais que adotavam a referida prática não se deu automaticamente, como por exemplo, o hospital Casa de Saúde Cananéia de Vassouras/Rio de Janeiro, que até 2018 ainda estava em funcionamento (BRASIL, 2019).

Neste diapasão, o processo conhecido como Reforma Psiquiátrica vai além de uma mera “reforma da assistência psiquiátrica”. Ao emitir uma Lei que *“Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”*, “o governo e a sociedade assumem o esgotamento do modelo assistencial vigente” (COSTA, 2003, p.149).

Em 2006, foi aprovada a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), ratificada em 2008 pelo Brasil e em 2015 foi aprovada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/15), o que demonstra uma evolução no arcabouço jurídico visando à proteção das pessoas com deficiência mental.

Assim, mesmo diante de dados concretos quanto à violação dos direitos individuais do cidadão e da afronta direta aos Direitos Humanos que o tratamento manicomial traz para seus pacientes, alguns meses após o início do governo Bolsonaro, precisamente em 04 de fevereiro de 2019, foi disponibilizada uma nota técnica pelo Ministério da Saúde impondo alterações significativas na Lei 10.216/01, em especial no que tange a internação compulsória e o tratamento com eletroconvulsoterapia (ECT).

Frente tantas alterações e instabilidades jurídicas ocasionadas pela indecisão do legislador brasileiro, o cenário da Reforma Antimanicomial torna-se uma preocupação para todo e qualquer cidadão, em especial o jurista que lida diariamente com a Constituição Federal e não pode permanecer inerte diante de tamanha afronta.

2.2 Os direitos individuais da pessoa humana e os métodos utilizados para tratar os doentes mentais nos hospitais psiquiátricos

Anteriormente, foi realizado um contexto histórico sobre o surgimento dos hospitais psiquiátricos no Brasil, e de forma geral, abordado como os seres humanos eram tratados neste ambiente. Posto isto, faz-se necessário à realização de uma análise aprofundada sobre os direitos individuais da pessoa humana e o tratamento utilizado nos hospitais psiquiátricos para cuidar dos doentes mentais, popularmente considerados como “loucos”.

2.2.1 Os direitos fundamentais e a dignidade da pessoa humana

Os direitos fundamentais da pessoa humana são direitos inerentes a todo e qualquer cidadão e que os fazem ter uma vida digna, em igualdade de condições e tratamentos. Dito isto, a legislação brasileira privilegiou a aplicação prática destes direitos, atribuindo status especial na Lei Maior, sendo considerados direitos de primeira geração, ou seja, aqueles que asseguram a autonomia do indivíduo frente à sociedade.

Neste contexto, a Constituição da República de 1988 discorreu de forma extensa sobre a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais da pessoa com deficiência, inclusive já assentados na Declaração dos Direitos Humanos (MENDES; MENEZES, 2013).

De acordo com Bonavides, Miranda e Agra (2009) os direitos fundamentais são aqueles que juntos atribuem ao indivíduo a dignidade da pessoa humana, e, por isso, são os direitos segundo os quais é impossível pensar no desenvolvimento social e pleno exercício da democracia. O termo utilizado pela Constituição Federal, direitos e garantias fundamentais, busca proteger tanto os direitos de cada cidadão como também o seu exercício.

“Toda a ética dos direitos humanos decorre diretamente do princípio da dignidade da pessoa humana [...] no contexto de redemocratização do Brasil, resgatando da Declaração este valor-limite de toda ideia de justiça [...]” (BONAVIDES; MIRANDA; AGRA, 2009, p.52).

Ainda no que tange aos direitos humanos, estes possuem características peculiares, sendo elas a universalidade, a indivisibilidade e interdependência, historicidade, vedação ao retrocesso e proibição de proteção deficiente, inalienabilidade, irrenunciabilidade e por fim, imprescritibilidade. Destas, merece ênfase a universalidade, que, de acordo com Oliveira (2016), se traduz no reconhecimento de que, os direitos presentes na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948 atribui a dignidade e a capacidade para exercício dos direitos a todos os seres humanos, sem qualquer distinção ou discriminação. Neste caso, inclui-se aqui as pessoas portadoras de qualquer tipo de deficiência ou enfermidade mental que prejudique ou dificulte a vida comum em sociedade.

Levando em conta a Constituição Federal de 1988, é evidente que o constituinte deu ênfase ao direito à saúde, em especial por se tratar de um direito social que requer a participação do Estado para sua efetivação. Neste sentido, preceituam os artigos 6º e 196 da Carta Magna:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

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 (BRASIL, 1998).

Assim, a Lei Maior cuidou de elencar como um dos direitos sociais, a saúde, sendo atribuída ao Estado a criação de políticas sociais e econômicas que visem garantir a todos o exercício do seu direito, seja com um atendimento de qualidade, seja com medidas equiparadas entre os desiguais ou políticas específicas voltada a uma parte da população brasileira.

Para produzir saúde mental é importante e necessário que as medidas a serem feitas respeitem o campo dos direitos humanos, da assistência social, educação, justiça, trabalho e economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes etc. Todas as políticas que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são fundamentais neste processo (BRASIL, 2019).

Nesse contexto, a doutrina especializada do direito sanitário e a jurisprudência do STF e do STJ entendem que, em se tratando do direito à saúde, as leis devem ser aplicadas de forma a lhes garantir a máxima efetividade, diante da

sua intensa relação com o direito à vida na ordem constitucional. “Por isso, é que estudiosos do tema afirmam que as normas constitucionais referentes à saúde são de aplicabilidade imediata e eficácia plena” (ARRUDA NETO, 2005, p.15).

Noutro ponto, a Lei n°.8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes no Brasil, enuncia a saúde como um direito fundamental do ser humano. Devido à importância deste direito na qualidade de vida de qualquer cidadão, existem, ainda, doutrinadores que o incluem no rol dos direitos da personalidade social (SZANIAWSKI *apud* MENDES; MENEZES, 2013).

Assim, prevê a Lei:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990)

Tendo em vista o contexto dos hospitais psiquiátricos situados no Brasil, é importante que se tenha a criação de medidas de saúde voltadas à assistência da saúde e em uma proteção legislativa quanto ao respeito à cidadania das pessoas acometidas por transtornos mentais (JORGE; FRANÇA, 2000).

Neste sentido, a Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes expôs que, a saúde é um direito fundamental do ser humano, sendo responsabilidade do Estado à criação de medidas que visem a sua garantia. No caso das pessoas portadoras de enfermidade mental, o papel do Estado consiste na criação de medidas fiscalizadoras dos ambientes asilares ainda existentes e no incentivo a tratamentos humanitários que busquem a ressocialização do indivíduo na sociedade, como por exemplo, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e a terapia ocupacional.

Não obstante ao direito à dignidade da pessoa humana e à saúde, outros direitos inerentes a todos os seres humanos entram em choque quando da análise do tratamento manicomial e merecem destaque, sendo eles: a igualdade, a liberdade e a integridade.

O art. 5º, caput da Constituição Federal de 1988 (CF/88) dispõe expressamente que *“todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer*

natureza”. Posto isto, se faz necessário diferenciar a igualdade formal e a igualdade material. Será formal, quando houver identidade de tratamento independente das diversidades, e material quando os desiguais forem tratados de formas desiguais na medida de suas desigualdades. Neste sentido, a igualdade intitulada pela CF/88 diz respeito a material e não à formal.

Na materialização do direito à igualdade, entra a criação de políticas públicas e ações afirmativas em especial aquelas voltadas para certos grupos historicamente desprestigiados (MARTINS, 2020) como é o caso dos intitulados loucos.

Ferreira citado por Martins (2020) entende que existe uma distinção entre cidadania e políticas públicas, de maneira que o primeiro se baseia no fundamento da igualdade formal, enquanto o segundo toma como princípio basilar a igualdade material, ou seja, as políticas públicas atuam para compensar as desigualdades existentes no seio social.

Quanto ao direito à liberdade, a Constituição Federal prevê, em seu artigo 5º, inciso X, que são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. A honra é um direito individual que não pode ser violado pelo Estado. A imagem é tutelada sob o aspecto do que as pessoas pensam sobre o cidadão e a vida privada diz respeito ao convívio do indivíduo com a vida social e a intimidade, insuscetível de intromissões externas.

Não somente isso, quando a Lei Maior fala de liberdade, também engloba a liberdade de ir e vir, prevista no art. 5º, XV, sendo definida como:

A liberdade de deslocar-se para dentro, fora ou interior do território nacional, em caráter transitório ou definitivo, sozinho ou com seus bens, a pé ou em veículo de transporte, desde que respeitadas as regulamentações dispostas no interesse geral pelo poder público. (BONAVIDES; MIRANDA; AGRA, 2009, p.125)

Noutro ponto, o direito a integridade física, psíquica e moral estão dispostos no art. 5º da Declaração Universal dos Direitos Humanos segundo o qual: “Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante” (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1948).

Neste diapasão, toda pessoa que por algum motivo for privada de sua liberdade, essa deve ser tratada com o máximo respeito, não podendo ser exposta ao ridículo e a situações desumanas ou degradantes (OLIVEIRA, 2016). Ademais, os direitos acima expostos também são fundamentos basilares da Lei 12.847/12, que instituiu o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.

Destarte, diante do direito à dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais citados acima é cristalino que o constituinte deu relevância a tais direitos devido a sua importância para cada indivíduo em si e para a sociedade em geral, atribuindo ao Estado à tarefa de preservar e criar medidas que preservem os aludidos direitos, além de garantir a proteção, promoção e recuperação dos seres humanos possuidores de alguma enfermidade. No entanto, na prática, os hospitais psiquiátricos contrariavam toda essa disposição com os tratamentos utilizados e a forma desumana com que os seres ali hospitalizados eram tratados.

A Assembleia de Delegados órgão máximo da Associação Brasileira de Psiquiatria dispõe que:

É necessário garantir aos pacientes não somente seus direitos básicos de cidadãos, como também, e principalmente, o direito de ser alvo de atenção profissional de qualidade e poder usufruir dos melhores recursos diagnósticos e terapêuticos disponibilizados pelo progresso da ciência (FRANÇA, 2000, online).

Nesta perspectiva, os direitos individuais e a dignidade da pessoa são os fundamentos constitucionais que estabelecem ao indivíduo a possibilidade de exercer dignamente a preservação de seus direitos básicos. Apesar de não serem garantias absolutas, sua violação vai depender do caso em concreto, como, por exemplo, a liberdade que pode ser violada na hipótese de prisão em flagrante delito. Ocorre que, as internações psiquiátricas e os tratamentos utilizados acabavam por retirar do sujeito os seus direitos e garantias fundamentais e por isso, precisam ser estudados pontualmente.

2.2.2 Os tratamentos utilizados no tratamento manicomial/asilar

Diante do estudo dos direitos acima descritos, necessário se faz a análise do ponto de vista jurídico, sobre os procedimentos realizados nos leitos dos hospitais psiquiátricos, para se constatar se existe ou não preservação da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais inerentes à pessoa com deficiência.

“A eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento que implica indução de convulsões através da administração de uma frequência variável de corrente elétrica, por meio de eletrodos aplicados ao couro cabeludo” (BRASIL 2019, p. 238). Trata-se do meio utilizado para diminuir a agitação e amenizar os sintomas psicóticos e na maioria das vezes é utilizado sem o correto procedimento.

No Brasil, a eletroconvulsoterapia é um procedimento autorizado pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2057/2013), podendo ser aplicada somente em última hipótese, com a utilização de anestésias e por profissional capacitado, além de não ser indicado para menores de 16 anos. (BRASIL, 2019)

Já a lobotomia é uma psicocirurgia indicada a doentes psicóticos que, em estados obsessivos, apresenta um alto grau de agressividade que os incapacita completamente para a conduta de uma vida social sadia. O método cirúrgico é realizado por meio de trepanações bilaterais feitas na região frontal inferior, interrompendo as conexões entre os lóbulos frontais (NISE, 2016). Prado (2017) afirma que no período de 1935 e 1939 os resultados eram tão “bons”, que referido procedimento passou a ser utilizado em vários países como uma tentativa de reduzir psicose e depressão severa ou comportamento violento em pacientes que não podiam ser tratados com qualquer outro meio.

Enquanto isso, a terapia por choque insulínico foi descoberta pelo neuropsiquiatra polonês Manfred Sakel em 1933 e consiste na indução exacerbada de insulina intramuscular no paciente, fazendo com que este venha a convulsionar. Na época era considerado um tratamento eficaz contra psicose e esquizofrenia. Por vezes, conforme narrado, era necessário à indução de 60 aplicações até que o paciente atinja o estado comatoso (GUIMARÃES *et al.*, 2013).

Outro tratamento utilizado é a utilização de espaços restritivos, cubículos ou cela forte, indicado quando o paciente se encontra muito alterado, como forma de castigo. De acordo com a recente pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (2019), o paciente não podia apresentar qualquer sinal de resistência à medida que lhe é imposta, e sequer são levados em consideração os direitos do indivíduo. Ainda de acordo com essa pesquisa, a prática segregativa não encontra fundamento nem nas regras do Sistema Único de Saúde (SUS), nem em outra norma pátria.

Além disso, outra forma de tratamento nos hospitais psiquiátricos são as contenções físicas e mecânicas, inclusive, sendo uma das práticas que perdura até a atualidade, consiste na utilização de braçadeiras, tecidos de algodão entre outras formas que façam com que o paciente fique estagnado, fazendo com que, conseqüentemente venha a se acalmar com o passar do tempo. Após a realização

de estudos em diversos hospitais psiquiátricos do país, o Conselho Federal de Psicologia (2019) chegou à conclusão de que este tratamento é utilizado em grande parte das vezes como primeira opção, para conter os pacientes ou até mesmo puni-los de alguma forma sem a devida prescrição pelo médico especialista.

Estes são apenas alguns exemplos dos diversos métodos utilizados no leito dos hospitais psiquiátricos e que afrontam diretamente os direitos básicos inerentes aos cidadãos que se encontram internados. O que se percebe é que o ser humano não possuía o mínimo de dignidade nesses ambientes e quem passava por lá são, perdia sua sanidade durante o tratamento.

Dito isto, e tendo realizado uma análise dos direitos da pessoa com deficiência no tratamento manicomial/asilar, mister se faz analisar pormenorizadamente os aspectos de violação destas garantias nestes ambientes.

2.2.3 Aspectos de violação dos direitos fundamentais no tratamento manicomial

Conforme narrado anteriormente, por mais que o tratamento manicomial/asilar tenha se iniciado antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, e da Lei 10.216/01 intitulada como a Lei Antimanicomial, referidas práticas, com exceção da lobotomia e do choque insulínico, continuam sendo exercidas no Brasil, gerando uma afronta direta aos direitos fundamentais da pessoa humana.

Diferentemente das regras internacionais e nacionais de assistência psiquiátrica, rotineiramente os pacientes internados em hospitais psiquiátricos passam por situações de violência praticadas pelos próprios profissionais da instituição que, deveriam atuar com o mínimo de conduta ética capaz de assegurar assistência livre de danos, a efetiva melhora do estado clínico do paciente e sua reinserção na sociedade (BRASIL, 2019).

De acordo com Vecchia e Martins (2006) o sofrimento psíquico para a sociedade exhibe uma ideia de incapacidade da família por não conseguir conter os problemas mentais da pessoa e improdutividade do Estado que não propicia qualquer tipo de tratamento humanitário a estes indivíduos, causando vergonha em familiares e pessoas próximas com relação à condição do sujeito.

Nesse sentido, é muito importante discutir as violações dos direitos fundamentais para a dignidade humana no contexto do tratamento manicomial,

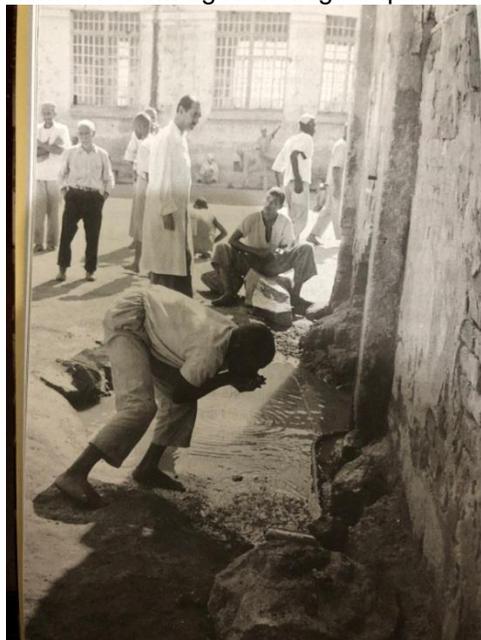
buscando a cada dia a alteração deste sistema que mais fere do que cura. Para isto, é necessária a participação dos familiares do doente mental e do Estado neste processo de cura e reinserção, para que unidos, seja possível trazer melhoras efetivas ao estado clínico do paciente.

Arbex (2013) cita em seu livro o “Holocausto Brasileiro”, situações degradantes as quais os pacientes eram submetidos dentro do hospital Colônia na cidade de Barbacena, Minas Gerais. Segundo ela:

Os pacientes eram colocados no pátio houvesse o frio que fosse. Os doentes ficavam lá o dia inteiro e só voltavam aos prédios no início da noite para dormir. O frio cortava a pele exposta, fazia os músculos enrijecerem e a boca ressecar até ganhar feridas. Embora fosse mais fácil culpar os pacientes por exporem o corpo sem pudor, a nudez não era uma opção. Muitas roupas eram peças únicas, por isso, no dia em que elas eram recolhidas para a lavanderia, o interno não tinha o que vestir. (ARBEX, 2013, p.48)

Conforme bem narrado por Arruda Neto (2005), o Estado é responsável por atuar da melhor forma a fim de não privilegiar parte da população nem vulnerar outra parte, principalmente quando estes estão acometidos de algum problema psicológico e são enclausurados nos muros dos manicômios sem o mínimo de dignidade com a vida humana, o que inclusive pode ser comprovado pela imagem abaixo.

Figura 1 - Pacientes bebem água do esgoto que corta os pavilhões



Fonte: (ARBEX, 2013, p.24).

De acordo com o estudo realizado pelo Conselho Federal de psicologia, (2019) que incluiu a visita e inspeção nos hospitais psiquiátricos em funcionamento

até 2018, ficou constatado que em metade dos hospitais visitados havia violação quanto ao direito dos pacientes em ter água potável e na maioria dos casos era necessário solicitar aos médicos ou enfermeiros a bebida, uma vez que existe uma barreira que dificulta o acesso aos bebedouros, além de não possuírem sequer copos plásticos ou individualizados para cada um dos enfermos. Isso porque se tratam de pesquisas recentes realizadas após o advento da Lei Antimanicomial, o que traz uma noção de como era o tratamento nestes ambientes por volta do século XX.

A dignidade da pessoa humana atua como um limite do poder estatal, e como um elemento de proteção individual (MALHEIRO, 2016). Ocorre que, diferente de todo o exposto, a violação desse direito ocorreu e ocorre desde antes da promulgação da carta magna e nada é feito para combater. Apesar de a Lei 10.216/01 ter sido uma vitória dos defensores da reforma psiquiátrica, ainda há muito a se fazer para garantir, efetivamente, a valorização de todos os direitos inerentes aos seres humanos, aos pacientes portadores de doença mental.

As violações dos direitos no tratamento manicomial têm início com a internação compulsória como medida a excluir os intitulados loucos do seio da sociedade, sem atenção aos seus requisitos mínimos, o que afronta diretamente o direito de ir e vir do cidadão e de exercer sua capacidade legal, ambos previstos na Lei Maior.

Dentro dos famosos hospícios, o que se espera é que o indivíduo receba um tratamento digno e igualitário, buscando a reabilitação social e uma melhora da enfermidade mental. No entanto, em contrapartida, após a internação, o doente mental é isolado da sociedade, de seus familiares e passa a ter contato apenas com os funcionários do hospital psiquiátrico, além de perder o seu livre arbítrio, tendo que seguir severamente as normas estipuladas.

Ademais, sob o fundamento de que estão buscando efetivas melhorias no paciente, são realizados procedimentos como a eletroconvulsoterapia e a lobotomia que, quando não levam o indivíduo à morte, deixam sequelas incuráveis. Arbex (2013) detalha em seu livro um caso real que ocorreu com uma cozinheira do hospital Colônia que, ao realizar o primeiro procedimento acima descrito em um paciente, sem qualquer tipo de anestesia e preparo, ao ligar uma voltagem de 120 de carga na cabeça cidadão, o levou a óbito.

Essa foi a triste realidade vivenciada dentro dos manicômios por muitos e muitos anos, e ainda persiste até a presente data em alguns hospitais psiquiátricos. A partir da Lei 10.216/01, observa-se uma melhora nos tratamentos e a diminuição das internações desnecessárias e de tratamentos contrários a Constituição Federal, buscando os mínimos cuidados para uma efetiva melhoria ao paciente. Contudo, apenas essa lei não foi suficiente para garantir amplamente um tratamento de qualidade para os pacientes com problemas psiquiátricos.

Não obstante todas as violações acima alegadas, o tratamento no ambiente interno não garante o mínimo de dignidade da pessoa humana. Todas as pessoas, usuárias do SUS, têm direitos a elas inerentes, garantidos pela Portaria n. 1.820/2009, que, em relação ao ambiente, aduz:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. (BRASIL, 2006)

Ainda de acordo com a pesquisa recente realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (2019), essas estipulações, ainda nos dias de hoje, não são atendidas pelos hospitais psiquiátricos posto que a grande maioria dos espaços não atribui conforto e acolhimento aos pacientes e acabam por espalhar o sentimento de desdém. A clínica de Repouso Três Rios, no Rio de Janeiro apresenta situações precárias de conservação, foi constatada a presença de lixo no chão, os móveis não estão propícios para o uso e o hall principal é um setor caótico. No Hospital e Centro de Especialidades Gedor Silveira, em Minas Gerais, a área externa é toda descoberta, o que impossibilita a presença no ambiente por muito tempo e não possui nenhuma oficina de arte. Na Casa de Eurípedes, em Goiás, os enfermos ficam presos em seus quartos quase que na totalidade do tempo e não possuem pátio ou área de convivência.

Enfim, muitos são os relatos de precariedade das instituições psiquiátricas mesmo nos dias atuais, o que demonstra a cada dia, a necessidade de criação de políticas públicas que visem à proteção dos direitos dos pacientes nestes ambientes. O Brasil possui atualmente diversas leis e decretos que versam sobre o direito à saúde e um tratamento digno nos hospitais psiquiátricos, inclusive a proibição de práticas cruéis, desumanas ou degradantes contra o ser humano, no entanto, carece de medidas fiscalizadoras que busquem efetivar esses direitos na prática hospitalar.

Figura 2 - Silvio Savat, ex-menino de Barbacena, fotografado em 1979, confundido com um cadáver.



Fonte: (COELHO *apud* ARBEX, 2013, p.105)

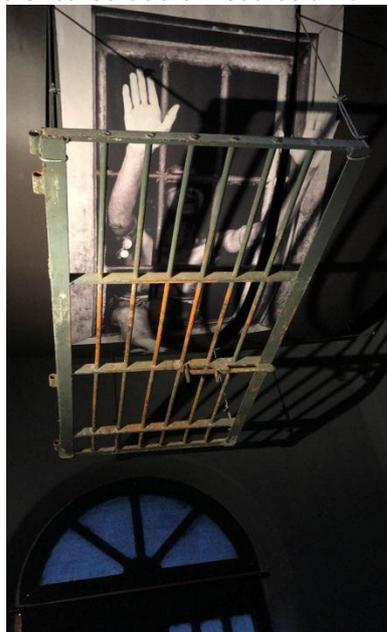
A foto acima retrata a precariedade do maior hospício do Brasil, em grande parte do século XX. Não bastasse ser um evento típico de atos de desumanidades, contrários, na época a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), trata-se, de crime de maus tratos, previsto expressamente no Código Penal Brasileiro, em seu art. 136, segundo o qual: “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina”, punível com pena de reclusão de um a quatro anos, podendo ser qualificado pela lesão corporal grave ou morte.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, ficou consagrado no art. 5º, III que, ninguém será submetido a tratamento desumano ou degradante e mais tarde, em 2012, entra em vigor a Lei 12.847 sobre o Sistema Nacional de Prevenção e Combate a tortura, vendando qualquer tipo de conduta que atinja o direito a intimidade, honra e ao intelecto dos cidadãos, mas, mesmo diante de leis que proibam os tratamentos desumanos, eles continuaram ocorrendo dentro dos manicômios do Brasil.

“A história do Estado de Direito, dos direitos humanos e dos direitos fundamentais é a história das lutas contra o absolutismo do poder, contra a liberdade indiscriminada, desmedida, e a favor da dignidade humana e da vida”

(CADEMARTORI; GRUBBA, 2012, P.714). Em contrapartida, mesmo diante de algumas conquistas no âmbito legislativo, isso não implica em um ponto final na luta quanto à preservação dos direitos da pessoa humana. São apenas transições, conquistas temporárias para a garantia integral deles.

Figura 3 - Paciente encarcerado em sua cela no hospital psiquiátrico.



Fonte: Fotografia da autora retirada no Museu da Loucura em Barbacena/MG.

Dessa forma, é incontrovertido o fato de que, o papel da psicologia é de propiciar melhorias no quadro clínico e psíquico dos pacientes e do direito, o de resguardar a aplicação da lei no caso concreto. Os direitos individuais da pessoa humana são previstos no topo da Constituição Federal de 1988 em especial por sua importância na vida de todos os brasileiros. Portanto, diante de cristalinas violações, é papel do jurista, legislador, pesquisador, e dos membros de Ministério Público, a fiscalização dos hospitais psiquiátricos e a criação de medidas efetivas que busquem a reinserção do paciente com problemas psíquicos no meio social, em parceria com médicos e psiquiatras que preservem o direito à saúde, à liberdade, à vida, e a dignidade dos portadores de doenças mentais.

O filme, “Nise: o coração da loucura” (2016), conta a história de Nise da Silveira, psiquiatra renomada, que na época de 1944 busca a terapia ocupacional com os pacientes do Centro Psiquiátrico Nacional, ao ponto que, em suas palavras o cliente só precisa ser tratado como ser humano. Seu tratamento buscava, de uma forma digna, tratar os pacientes com a arte, com os animais, para que pudessem

mostrar suas aflições e não serem calados por métodos extremamente invasivos e prejudiciais como era feito na época.

Dito isto, um dos ensinamentos deixados por Nise e que precisam ser levados em consideração no tratamento dos portadores de doença mental é que, por mais que o paciente tenha algum problema psíquico que o incapacite relativamente, ele ainda é um ser humano e merece ser tratado como tal. O objetivo de um hospital seja ele o psiquiátrico ou de urgência e emergência é trazer melhorias na saúde do indivíduo que necessita, com fundamento basilar nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal.

Assim, é muito importante que o tratamento realizado não seja um atentado à dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais. Desta forma, em contradição com o exposto, é evidente que, muitas foram as décadas de atrocidades que ocorreram dentro dos hospitais psiquiátricos e que, esta realidade precisa ser alterada para garantir aos portadores de doenças mentais, o mínimo de dignidade, seja por meio da terapia ocupacional, de acompanhamento nos CAPS, de ampliação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) ou até mesmo pela internação, como última hipótese, sem desrespeitar a vontade do paciente e os direitos a ele inerentes.

2.3 O tratamento manicomial após o advento da lei 10.216/2001

Após realizar uma análise do tratamento hospitalar até meados de 2001, importante destacar as alterações oriundas da Lei 10.216/01, que modificou significativamente a forma de tratar os pacientes, tendo como objetivo a sua reinserção na sociedade.

A denominada reforma psiquiátrica tem como objetivo primordial acabar com a cultura manicomial e buscar a recontextualização dos acometidos de transtornos mentais por meio do asseguramento de seus direitos e suas cidadanias. (ARRUDA NETO, 2005), e por isso, a aprovação da lei citada acima se mostra como uma vitória para os defensores pela luta dos direitos da pessoa com deficiência.

A Lei Antimanicomial, portanto, é a idealização de inúmeros profissionais da saúde, que indignados com o tratamento desumano utilizados nos centros psiquiátricos, buscavam reestabelecer o respeito e preservação dos direitos destes

pacientes. No entanto, mesmo com os idealizadores da reforma psiquiátrica, o tratamento manicomial ainda é muito defendido, até mesmo por pessoas bem intencionadas preocupadas com aqueles que precisam de tratamentos, pois é uma forma de a sociedade isolar, ou na visão dos defensores, tratar os pacientes com doença mental.

Em 2009, Ferreira Gullar, publicou no jornal Folha de São Paulo um artigo intitulado como “Uma lei errada” apresentando uma crítica sobre a Lei 10.216/01, posto que, em sua posição, os doentes pobres não conseguiam internação e terminavam nas ruas como mendigos. O poeta dispôs ainda o quanto foi dolorido para ele internar seu filho esquizofrênico para salvá-lo e salvar sua família (GULLAR *apud* ARBEX, 2013).

Dito isto, percebe-se que, não são apenas aqueles que pretendem afastar os doentes mentais da sociedade que defendem a permanência do tratamento manicomial, mas pessoas bem intencionadas, como Ferreira Gullar, que tinha medo da lei da Reforma Antimanicomial deixar os pacientes desassistidos e às ruas na situação de mendigo.

Neste contexto, tendo em vista a internação como medida de afastar da sociedade aquelas minorias, antes do vigor da Lei 10.216/01, existiam muitas pessoas internadas que sequer eram portadoras de alguma enfermidade, mas que, devido ao preconceito e o desrespeito, eram hospitalizadas contra sua vontade nestes ambientes e, quando saíam, se saíam, tinham adquirido algum problema psiquiátrico diante da realidade visualizada (BRASIL, 2001).

A Lei da reforma manicomial trouxe um instrumento importante para a concretização das normas constitucionais, dispondo, em seu artigo primeiro, que todos os seres humanos são iguais perante a lei, independente de quaisquer circunstâncias e a eles são previstas a proteção das pessoas acometidas de doenças mentais, lhes sendo assegurados todos os direitos (BRASIL, 2001).

O artigo segundo prevê um rol de alguns direitos garantidos ao tratamento dos indivíduos portadores de doenças mentais, *in verbis*:

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).

Deste modo, o que se denota é que a Lei Antimanicomial trouxe no art. 2º diversos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais que estavam sendo violentamente violados, visando proteger a dignidade da pessoa humana e a reinserção na sociedade do paciente com problemas psíquicos. Posto isto, a lei prevê como indispensáveis o respeito, a informação sobre o seu tratamento, o acompanhamento médico, a proteção contra qualquer forma de abuso e ser tratada em ambiente menos evasivo possível.

Em uma análise voltada para o contexto anterior a vigência da lei, é possível perceber que, os doentes mentais não tinham acesso ao melhor tratamento de saúde à medida que eram internados nos manicômios e lá esquecidos por 20, 30, 40 anos, sem efetivas melhorias em seu estado clínico, o que deveria ser o enfoque do tratamento. Além disso, o inciso II do artigo acima era um dos mais violados, sendo que os pacientes eram tratados de formas desumanas, como já dito em outro momento, não tinham acesso sequer à água potável e eram submetidos a tratamentos como a lobotomia e a eletroconvulsoterapia que transformavam os indivíduos em verdadeiros “mortos vivos” sem qualquer perspectiva de recuperação.

Outro direito presente na Lei da Reforma Antimanicomial e que também era muito violado diz respeito à proteção contra qualquer forma de abuso e exploração. Em um contexto anterior, existem relatos de que os pacientes, em alguns hospitais, como por exemplo, o Colônia, eram obrigados a trabalhar e não recebiam nenhum pagamento a título de contraprestação pelo serviço exercido, e, o mais inacreditável é que, nem mesmo com a morte podiam descansar em paz, posto que seus corpos eram vendidos para diversas universidades como indigentes (ARBEX, 2013).

Neste sentido, de acordo com Pitiá e Furegato (2009) o que se busca é mais atenção com o estado clínico do paciente e respeito com a sua condição,

prescrevendo somente os medicamentos essencialmente necessários de acordo com a indicação psicossocial enfatizando as potencialidades do indivíduo. Nada mais é do que a terapia ocupacional tanto idealizada por Nise da Silveira.

Não obstante, os pacientes internados não tinham acesso aos meios de comunicação disponíveis posto que, após a internação, em sua grande maioria, os portadores de doença mental eram ignorados por suas famílias e sofriam sozinhos por detrás dos muros dos hospitais psiquiátricos. Por fim, a utilização dos meios menos evasivos também não ocorria. À época era utilizado o tratamento que estivesse ao alcance da medicina para acalmar o paciente, independente dos reflexos que pudesse lhe gerar em longo prazo, como por exemplo, os próprios choques insulínicos.

Conforme exposto, por praticamente todo o século XX foram utilizados métodos nos pacientes que não respeitavam o mínimo os direitos do indivíduo com enfermidade mental, acabando por, em grande maioria dos casos, piorar o seu estado clínico ou os levar a morte. Isto posto, mister salientar que a lei em análise traz o principal objetivo do tratamento, qual seja: a melhoria do estado do paciente e sua reintegração à sociedade, ao trabalho e à família.

Assim como a Constituição Federal de 1988, a legislação em comento atribuiu em seu art. 4º como responsabilidade do Estado, o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Além de tratar dos direitos dos indivíduos com deficiência, a Lei 10.216/01 previu que só haverá internação quando os tratamentos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, e para que isso aconteça, deverá ter um laudo médico informando a necessidade de um procedimento mais severo para o paciente. Ademais, deve-se atender a uma série de exigências, dentre as quais se ressalta a busca pela reinserção desses sujeitos ao seio social e o oferecimento de assistência integral ao paciente, tais como serviços médicos, de assistência social, psicólogos, ocupacionais, de lazer e outros (BRASIL, 2001).

Uma vez homologada a Lei 10.216 em abril de 2001 pelo Presidente da República, por previsão expressa de seu artigo 5º, fica prescrita a elaboração de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para o paciente há longo tempo institucionalizado e para as situações de grave dependência institucional, investindo nos chamados “Serviços Residenciais Terapêuticos” (SRT) (BRASIL, 2001). Ou seja, uma das medidas da Lei da Reforma Antimanicomial é a desinternação dos pacientes a muito hospitalizados, mediante o instituto da alta planejada, visando à reinserção na sociedade e a desinstitucionalização.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Auxílio de Reabilitação Psicossocial “De volta pra casa”, aumentaram a possibilidade de pessoas internadas há muito tempo nos hospitais psiquiátricos voltarem para suas famílias e realizarem um acompanhamento externo, tendo em vista que a internação só será utilizada como último recurso (PITTA, 2011).

Assim, fica claro que tais procedimentos visavam impedir dois grandes problemas enfrentados até a promulgação da reforma: o tratamento manicomial como primeira e única alternativa e a internação involuntária, sem ou com autorização de algum familiar de indivíduos excluídos pela sociedade, que não possuíam enfermidade psicológica, tão pouco laudo médico solicitando o procedimento.

Passada essa análise geral, a Lei 10.216/01 ainda especifica quais as hipóteses de internação podem ser adotadas, sendo elas: a internação voluntária, aquela que se dá com o consentimento do usuário; a internação involuntária, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e internação compulsória, aquela determinada pela Justiça. (art.6º, parágrafo único, I, II e III).

A internação involuntária deverá ser comunicada ao Ministério Público, no prazo de 72 (setenta e duas) horas pelo responsável técnico do estabelecimento, devendo também ser comunicada sua alta. Presente disposição propicia a inspeção do órgão fiscalizador, na hipótese de possível violação de direitos no ambiente. Não obstante a isso, qualquer fortuito interno que diga respeito ao paciente deverá ser comunicado aos seus familiares e a autoridade sanitária responsável no prazo de 24

(vinte e quatro) horas. Por fim, pesquisas científicas só serão realizadas com o consentimento do paciente ou de seu representante legal.

Referida disposição legal apresenta um avanço sobre o instituto da internação, posto que, antes de sua vigência, qualquer pessoa poderia ser internada contra sua vontade no hospital psiquiátrico, tanto é que, mulheres solteiras, negros e homossexuais foram hospitalizados simplesmente por serem julgados pela sociedade e não por possuírem enfermidades mentais. Tal fato demonstra que, até mesmo um atestado médico era dispensado, bastando exclusivamente à vontade de um terceiro pelo afastamento do indivíduo.

Assim, mesmo diante da evidente melhoria trazida pela lei quanto ao tratamento e os direitos da pessoa com deficiência mental, há quem diga que as desinstalações dos hospitais psiquiátricos no Brasil demonstra um ato de irresponsabilidade do governo, deixando os pacientes à deriva, o que pode causar danos ainda maiores a sociedade (PACHECO, 2009).

Contudo, apesar de serem factíveis as opiniões divergentes, a desinstitucionalização e a efetiva inserção social de pessoas portador de problemas mentais (aptas a tanto) à comunidade se afiguram como medidas necessárias e de urgência, sob pena de se dar continuidade as arbitrariedades perpetradas em desfavor desse grupo em situação de vulnerabilidade (ARRUDA NETO, 2005).

Ocorre que, os críticos a Lei Antimanicomial estão se preocupando exclusivamente com a sociedade, aquela privilegiada que por décadas teve um tratamento básico de saúde, nunca enfrentou problemas psiquiátricos ou precisou ser hospitalizada contra sua vontade em um ambiente que contraria todos os preceitos básicos da dignidade humana. Obviamente que, se não houvesse políticas públicas suficientes para a inserção dos pacientes na sociedade bem como sua efetiva melhoria, será sim um fator prejudicial para a qualidade de vida da sociedade, mas isso diz respeito à efetividade da lei por parte do Estado e não o seu objetivo. É justamente por isso que as leis devem ser aplicadas para garantir sua máxima efetividade e não se tornar meros papéis sem utilidade.

Em contrapartida ao argumento dos críticos, a lei não veda a internação, ou seja, em casos mais severos em que o tratamento extra hospitalar não surtir os efeitos esperados quanto ao estado clínico do paciente, este poderá ser internado, desde que cumpra os requisitos legais e que tenha os seus direitos constitucionais

protegidos. Neste sentido, não há que se falar em desassistência por parte do Estado, mas tão somente em priorização da dignidade da pessoa humana, do direito à liberdade e à reinserção social do doente mental.

No entanto, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica, apesar dos avanços advindos da Lei 10.216/01, ainda necessita de incrementos. Seja devido à ausência de fiscalização pelos órgãos do Ministério Público ou por não receber atenção necessária do Estado, alguns ambientes hospitalares continuaram exercendo sua atividade, em contrariedade as disposições legais e constitucionais, inclusive com tratamentos desumanos que não trazem nenhuma possibilidade de reinserção social do paciente. O número de hospitais psiquiátricos no Brasil reduziu muito desde a vigência da Lei Antimanicomial, contudo, se não houver a criação de medidas públicas capazes de incentivar a desinternação e retorno dos pacientes para o seio da sociedade, estes acabam ficando ao léu, o que não demonstra qualquer tipo de avanço (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

A tabela abaixo faz um referencial entre os óbitos de paciente internados nos manicômios de Sorocaba/São Paulo, no período 2004 a 2011, o que comprova que, mesmo após a Lei 10.216/01, muitos seres humanos permaneceram no tratamento asilar, sem perspectiva de melhoria e reinserção social, tendo seus direitos violados diariamente sem que nada seja feito pelo Estado ou pelos órgãos fiscalizadores, como é o caso do Ministério Público.

Figura 4 - Óbitos por ano em decorrência e por manicômio na região de Sorocaba

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Vera Cruz de Sorocaba	19	16	25	18	39	15	15	20	167
Clínica Salto de Pirapora	22	17	20	16	14	19	22	16	146
Vale das Hortências de Piedade	25	13	17	15	15	21	20	19	145
Santa Cruz de Salto de Pirapora	14	23	15	22	12	16	11	15	128
Teixeira Lima de Sorocaba	15	12	10	16	9	10	16	19	107
Hospital Mental de Sorocaba	17	14	11	12	11	12	8	8	93
Jd das Acácias de Sorocaba	9	8	14	6	13	8	12	7	77
TOTAL – região de Sorocaba	121	103	112	105	113	101	104	104	863

Fonte: Garcia (2017, online)

Conforme se denota pela tabela acima, a Lei Antimanicomial por si só não foi suficiente para impedir que os hospitais de Sorocaba/SP continuassem exercendo suas atividades e, conforme pesquisa realizada em 2011 no manicômio Mental pelas

secretarias representantes dos Direitos Humanos ficou constatado que o ambiente apresenta violação de vários direitos dos pacientes, como o direito à identidade e ao nome, à liberdade, ao lazer, a não ser receber tratamento degradante, a não ser internado em instituição com características asilares entre outras.

Desta forma, é possível concluir que a utilização de métodos vedados pela Lei 10.216/01 continuaram a ser utilizados mesmo após dez anos da vigência deste dispositivo legal. Assim, é cristalino que a mortalidade nestes ambientes ainda existe, o que ressalva a importância de discussão do tema das políticas nacionais de saúde mental a fim de evitar que novas vítimas surjam com o passar dos dias.

Neste sentido, é fato incontrovertido que a lei veio para acabar com a internação manicomial como única hipótese para o tratamento de doenças mentais e exterminar de uma vez por todas o tratamento desumano utilizado por parte dos agentes da saúde no ambiente que era para ser considerado hospitalar, mas só despertava a verdadeira loucura dos que ali se encontravam.

Em contrapartida, resta cristalino que nem todo o país respeitou a disposição legal, e a título de exemplo, a cidade de Sorocaba continuou exercendo o tratamento manicomial repudiado, até meados de 2011, sendo que a pesquisa consta inclusive os dados de mortalidade desse procedimento.

Outrossim, em 2018, por meio da Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos do Brasil na ação conjunta entre o 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), ficou constatado que há desassistência da atenção à saúde nos hospitais psiquiátricos brasileiros, com graves e múltiplas violações de direitos humanos das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2019).

De fato, a lei Antimanicomial tem sido ignorada por parte do judiciário brasileiro a partir do ponto de vista de que os loucos são perigosos e precisam ficar internados e afastados da sociedade (AMORIM, 2015). Dessa forma, é justamente por este motivo que, na prática, a luta pela Reforma Psiquiátrica precisa de incrementos.

Pacheco (2009) cita que alguns pontos indispensáveis para essa melhoria são: a redução de leitos em hospitais de cunho psiquiátrico, a geração de leitos

psiquiátricos em hospitais gerais, a incorporação da saúde mental nas políticas de atenção básica à saúde, e incentivo aos programas assistencialistas. Mas não somente, é necessário que ocorra a devida fiscalização por parte do Ministério Público nos hospitais com características asilares e que existam efetivas medidas públicas criadas pelo Estado que incentivem a ressocialização do paciente com a sociedade.

Uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de medicina (CFM) e publicada em 20 de março de 2017, deixou claro que em 11 anos, o Brasil perdeu 38,7% dos leitos de internação psiquiátricos que possuía para atendimento de pacientes no âmbito da rede pública. Em 2005, eram 40.942 unidades. Em dezembro de 2016, os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) computavam apenas 25.097, um número que deve ser reduzido ainda mais com a manutenção da política governamental de desestímulo à existência de serviços que ofereçam acesso a esse tipo de tratamento (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2017).

Desta forma, é evidente que, ao menos parte do país seguiu as regras da Lei 10.216/01, em respeito à dignidade da pessoa humana e a saúde como direito social inerente a todo e qualquer cidadão. O que precisa ser feito, além das medidas acima expostas é um incentivo geral, a fim de atingir os hospitais que ainda continuam exercendo suas atividades em desacordo com a legislação pátria, buscando como objetivo principal, a ressocialização e melhora do paciente, além de um tratamento digno, em respeito às condições especiais de cada um e em consonância com a Constituição Federal de 1988 e a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948.

2.4 A Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência (Lei 13.146/15) e a internação involuntária

Um importante instrumento de análise das melhorias do tratamento da pessoa com deficiência no Brasil é a Lei 13.146/15. Devido a isto, ela foi a responsável por alterar a capacidade civil e incluir as pessoas deficientes no rol de capazes para os atos da vida civil, e, portanto, tem intensa relação com o tratamento manicomial no país.

A Lei n.13.146/2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência ou Lei Brasileira de Inclusão (LBI), tem como principal objetivo, expresso em seu artigo 1º, *“assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania”*.

Para realizar uma análise sobre a LBI, é necessário fazer um estudo sobre a legislação civilista e a teoria das capacidades. O Código Civil de 2002, a partir do paradigma da incapacidade absoluta do Código de 1916, passou a analisar o grau de incapacidade para enquadrar os indivíduos no rol de absolutamente ou relativamente incapazes. Conforme previsão do art. 3º deste diploma legal consideravam-se absolutamente incapazes as pessoas que não tiverem o discernimento necessário para os atos da vida civil, de forma permanente ou transitória (BRASIL, 2002).

No entanto, com a Lei Brasileira de Inclusão, a noção de capacidade passa a levar em consideração à própria pessoa e não apenas os seus interesses patrimoniais, o que propicia ao indivíduo, cada vez mais, o exercício da dignidade humana (EHRHARDT JUNIOR; BATISTA, 2018).

Desta forma, com a vigência da Lei 13.146/15, o art. 3º do Código Civil foi modificado, sendo considerados como absolutamente incapazes somente os menores de 16 anos, e, aquele que não tiver discernimento para os atos da vida civil, passam a ser incluídos no rol de relativamente incapazes (art. 4º). Com isso, passa-se a considerar que o sofrimento mental não gera, necessariamente, a completa incapacidade, ocasionando a inclusão da pessoa dos atos civis (DEL'OLMO; CERVI, 2017).

Assim, a capacidade civil passa a ser garantida a todos independentemente de sua capacidade mental e, na hipótese de impossibilidade da tomada de decisões de forma isolada, é obrigação do Estado e da sociedade a disponibilização de uma rede de apoio ao portador de doença mental (EHRHARDT JUNIOR; BATISTA, 2018).

Essa lei altera, então, significativamente a capacidade para os atos da vida civil das pessoas com deficiência, sobretudo aquelas com sofrimento mental, considerando-as plenamente capazes, em igualdade de condições com os demais indivíduos (art. 84) (BRASIL, 2015).

Anterior a Lei 13.146/15, o indivíduo portador de enfermidade mental era incluído no rol dos absolutamente incapazes e se tornava incapaz para exercer os seus direitos civilmente. No entanto, retirar a capacidade das pessoas portadoras de doença mental, eram uma das formas de coisificar o indivíduo, contribuindo para a manutenção do seu quadro psíquico. Noutro ponto, compreender o doente mental como capaz e responsável pelos seus atos civis, é uma situação que produzirá efeitos jurídicos compatíveis com o grau ou o nível que esta responsabilidade pode gerar (DEL'OLMO e CERVI, 2017). Dito isto, mister se faz ressaltar as alterações trazidas pela LBI, em especial no que tange a valorização da pessoa com deficiência.

O enfoque da mudança foi o de justamente considerar a pessoa portadora de doença mental como verdadeiro sujeito de direitos, o que também coincide com os objetivos da Lei 10.216/01 e da luta pela reforma manicomial no Brasil, posto que, além de buscarem a humanização dos tratamentos utilizados e a ressocialização do paciente, têm como enfoque a igualdade entre o indivíduo e a coletividade, inclusive no que tange ao tratamento fornecido pelo Estado.

De fato, “a LBI surge como um documento que além de propiciar a inclusão, tem por objetivo alterar outras normas já existentes, como forma de harmonizá-las a Convenção Internacional” (ALMEIDA; SOUZA, 2018, online). Neste contexto, denota-se que o rol de direitos das pessoas deficientes incluídas pela lei foi ampliado, conforme se abstrai pelo art. 6º da Lei 13.146/15, segundo a qual:

Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

- I - casar-se e constituir união estável;
- II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;
- III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;
- IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;
- V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e
- VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (BRASIL, 2015)

Dessa forma, tendo em vista as alterações inseridas pela lei acima, denota-se que houve uma ampliação quanto ao direito familiar do indivíduo portador de alguma deficiência, lhe sendo atribuído o direito de casar, se reproduzir e ter filhos adotivos.

Ademais, outros institutos do direito civil sofreram significativas alterações, como a tutela e a curatela. Conforme Souza e Almeida (2018) com o fortalecimento

do princípio da igualdade constante no art. 84 da Lei Brasileira de Inclusão, a curatela passou a ser limitada somente as questões de natureza patrimonial e negocial, não envolvendo mais a prática cotidiana dos atos da vida civil.

Não obstante, como forma de permitir a inclusão da pessoa com deficiência na sociedade, bem como o exercício da autodeterminação por essa mesma pessoa, o Estatuto da Pessoa com Deficiência inovou ao trazer um mecanismo denominado “Tomada de Decisão Apoiada” (TDA) (EHRHARDT JUNIOR; BATISTA, 2018).

Conforme afirma Requião citado por Ehrhard Junior e Batista (2018), o procedimento da tomada de decisão apoiada confere ao portador de deficiência a autonomia da vontade, uma vez que, diferentemente da curatela, presente instrumento permite ao indivíduo a escolha de seus apoiadores, respeitando assim, seu direito à autodeterminação.

Posto isto, a LBI incluiu no Código Civil de 2002, o art. 1.783-A, que dispõe sobre todo o procedimento da Tomada de Decisão Apoiada, segundo o qual:

Art. 1.783-A. A tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.

§ 1º Para formular pedido de tomada de decisão apoiada, a pessoa com deficiência e os apoiadores devem apresentar termo em que constem os limites do apoio a ser oferecido e os compromissos dos apoiadores, inclusive o prazo de vigência do acordo e o respeito à vontade, aos direitos e aos interesses da pessoa que devem apoiar.

§ 2º O pedido de tomada de decisão apoiada será requerido pela pessoa a ser apoiada, com indicação expressa das pessoas aptas a prestarem o apoio previsto no caput deste artigo.

§ 3º Antes de se pronunciar sobre o pedido de tomada de decisão apoiada, o juiz, assistido por equipe multidisciplinar, após oitiva do Ministério Público, ouvirá pessoalmente o requerente e as pessoas que lhe prestarão apoio.

§ 4º A decisão tomada por pessoa apoiada terá validade e efeitos sobre terceiros, sem restrições, desde que esteja inserida nos limites do apoio acordado.

§ 5º Terceiro com quem a pessoa apoiada mantenha relação negocial pode solicitar que os apoiadores contra assinem o contrato ou acordo, especificando, por escrito, sua função em relação ao apoiado.

§ 6º Em caso de negócio jurídico que possa trazer risco ou prejuízo relevante, havendo divergência de opiniões entre a pessoa apoiada e um dos apoiadores, deverá o juiz, ouvido o Ministério Público, decidir sobre a questão.

§ 7º Se o apoiador agir com negligência, exercer pressão indevida ou não adimplir as obrigações assumidas, poderá a pessoa apoiada ou qualquer pessoa apresentar denúncia ao Ministério Público ou ao juiz.

§ 8º Se procedente a denúncia, o juiz destituirá o apoiador e nomeará, ouvida a pessoa apoiada e se for de seu interesse, outra pessoa para prestação de apoio.

§ 9º A pessoa apoiada pode, a qualquer tempo, solicitar o término de acordo firmado em processo de tomada de decisão apoiada.

§ 10. O apoiador pode solicitar ao juiz a exclusão de sua participação do processo de tomada de decisão apoiada, sendo seu desligamento condicionado à manifestação do juiz sobre a matéria.

§ 11. Aplicam-se à tomada de decisão apoiada, no que couber, as disposições referentes à prestação de contas na curatela (BRASIL, 2002).

Assim, a tomada de decisão apoiada é um procedimento que consiste na escolha de duas pessoas idôneas e de confiança para acompanhar o portador de doença mental nas decisões da vida civil. Dessa forma, para a validade do pedido é necessário à assinatura de um termo que inclua os limites e o prazo de validade do acordo, além de ser submetido à apreciação judicial. Se, em qualquer momento, a pessoa apoiada sentir que não precisa mais dos apoiadores, é lícito solicitar o término do acordo e o retorno do exercício dos atos civis de forma individualizada.

Não obstante, em consonância com a Constituição Federal, novamente, a Lei Brasileira de Inclusão reforça a necessidade de garantir o direito à vida, a reabilitação na sociedade, à saúde, à educação, à moradia, ao trabalho digno e à mobilidade urbana, de forma que, somente assim, os portadores de qualquer tipo de deficiência possam exercer, efetivamente, a dignidade da pessoa humana tanto almejada.

Conforme os pretextos de Del'Olmo e Cervi (2017), para que possa existir efetividade quanto a Lei de Brasileira de Inclusão em harmonia com a Reforma Psiquiátrica, o Estado precisa se comprometer em providenciar medidas de inclusão das pessoas deficientes no seio social além de oferecer a fiscalização necessária para que os tratamentos oferecidos vislumbrem o interesse da pessoa a que se destina a assistência, visando pela melhoria do paciente e respeito aos seus direitos. A família deve permanecer presente no tratamento, sendo o pilar que irá atuar na melhoria do estado do paciente e, por fim, a sociedade deve visualizar o doente mental como igual, buscando promover uma melhor convivência e sua reinserção social.

Aqueles que a muito eram vistos como loucos e excluídos da sociedade precisam ser reconhecidos como sujeitos de direitos, capazes para os atos da vida civil e tratados, em pés de igualdade material, com os demais cidadãos que até então não possuem deficiência mental.

Em uma análise mais abrangente, por mais que a Lei 10.216/01 e a Lei 13.146/15 tenham objetivos semelhantes, qual seja o tratamento humanitário das

peças portadoras de algum tipo de deficiência, em especial a mental, em um ponto específico restou evidente um conflito de normas, o que tem gerado divergências de opiniões.

A Lei Antimanicomial, prevê, em seu art. 6º, inciso II a possibilidade da internação involuntária, ou seja, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e, em contrapartida, a LBI preceitua que os deficientes mentais são relativamente incapazes, podendo praticar todos os atos da vida civil e inclusive se responsabilizar por eles.

Desta maneira, com intuito de manter em harmonia entre a Lei Brasileira de Inclusão e o instituto da internação involuntária previsto na Lei Antimanicomial, a Resolução 8/2019 dispõe, em seu art. 17, parágrafo único que: *“Dada a gravidade e excepcionalidade da internação involuntária, um mecanismo obrigatório para a salvaguarda de direitos é a comunicação ao Ministério Público em até 72h de sua ocorrência. O mesmo também devendo ser realizado caso a internação voluntária passe a ser involuntária ao longo do curso do internamento. O mesmo procedimento de comunicação deverá ser realizado quando a alta for efetivada”* (BRASIL, 2019).

No entanto, mesmo com a resolução 8/2019, um quesito quanto a internação involuntária ainda não foi solucionado, existindo um evidente conflito aparente de normas, no que diz respeito à internação involuntária. Como dito acima, o art. 6º, inciso II da Lei 10.216/01 explica o instituto da internação involuntária como sendo aquele realizado a pedido de terceiros sem a autorização do paciente. No entanto, com o advento da Lei 13.146/15, o indivíduo portador de doença mental é considerado capaz para os atos da vida civil, podendo inclusive tomar as decisões que lhe digam defeito, ou, na impossibilidade, escolher dois indivíduos de sua confiança para ajudá-lo.

Uma primeira forma de resolução deste conflito seria a alteração do art. 6º, inciso II da Lei 10.216/01, para considerar a internação involuntária aquela realizada a pedido dos apoiadores do paciente na hipótese de não poder se manifestar amplamente sobre seu próprio estado psíquico.

Contudo, tendo em vista que ainda não houve alteração na Lei de Reforma Antimanicomial, devem ser levados em consideração os critérios para resolução dos conflitos entre normas a fim de decidir qual legislação prevalecerá. Poderá, para tanto, ser utilizado o critério hierárquico, em que a lei superior prevalece sobre a

inferior; o cronológico em que a lei mais nova prevalece sobre a mais antiga; e o da especialidade, em que a lei especial prevalece sobre a lei geral (FARIAS; ROSENVALD apud. SOUZA; ALMEIDA, 2018).

Conforme pode se observar, a LBI possui a mesma hierarquia Lei Antimanicomial, pois ambas são leis federais, descartando desde logo o critério hierárquico. Entretanto, tanto o critério cronológico como o da especialidade podem ser utilizados para a resolução deste conflito. De acordo com o cronológico, deverá prevalecer a Lei 13.146/15, de forma que, levando em consideração a alteração da capacidade do agente, a internação involuntária não poderia mais ser utilizada, por estar em contrariedade com as novas disposições legais. Já com base no critério da especialidade, deverá prevalecer a Lei 10.216/01 posto que trata especificamente sobre o modelo assistencial em saúde mental e a LBI engloba de forma geral os direitos da pessoa com deficiência.

Ante o exposto, tendo em vista que o instituto da curatela passou a ser utilizado somente no que diz respeito a questões patrimoniais e que a partir de 2016 o indivíduo portador de deficiência mental passou a ser considerado relativamente capaz, o instituto da internação involuntária passa a ser contrária a Lei 13.146/15 à medida que permite a interferência de um terceiro na capacidade e no direito de decisão do indivíduo portador de transtornos mentais.

No entanto, até a presente data, o assunto da internação involuntária e a capacidade do doente mental ainda não chegaram a serem discutidos nos tribunais brasileiros, de forma que, até então, não foi criado um posicionamento majoritário ou minoritário sobre o tema, além de não existir um melhor critério a ser adotado neste conflito aparente de normas. Neste contexto, as decisões poderão variar de acordo com o entendimento do julgador em cada caso concreto.

2.5 A proposta de alteração nas políticas nacionais de saúde mental abordada pela nota técnica 11/2019

Em 2019, o coordenador geral da Saúde à época, Quirino Cordeiro Júnior, disponibilizou a nota técnica 11/2019 com objetivo de alterar as políticas nacionais do tratamento psiquiátrico e dependentes de drogas, apresentando o retorno de algumas práticas proibidas anteriormente, com o fundamento de proteção da dignidade da pessoa humana. Posto isto, este item visa analisar de forma crítica os

pontos abordados pela nota em comparação com as políticas editadas anteriormente e que também dizem respeito ao tratamento dos doentes mentais no Brasil. Ao final, será possível concluir se referida medida apresenta um avanço ou retrocesso quanto à valorização dos direitos individuais da pessoa humana.

Uma nota técnica, em geral, consiste em um documento criado por técnicos que são especializados em determinada área. No que tange a norma técnica em questão, esta consiste em uma sistematização de um compilado de resoluções e portarias expedidas no final de 2017 e início de 2018. Tem como finalidade não a consolidação da Política Nacional de Saúde Mental, mas norteá-la sobre como está a atual política e suas diretrizes (BRASIL *apud* GIRALDI; ADJUTO, 2019).

Nas palavras do próprio Quirino Cordeiro Júnior, coordenador geral de saúde mental, a presente nota técnica propõe a implantação de uma Rede de serviços aos usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves, além de ser uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2019).

A nota anunciou ainda, medidas para fortalecer o atendimento de pacientes com problemas mentais e vícios de drogas no SUS, promovendo mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria No. 3.588/2017), com o objetivo de torná-la mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada.

Para expandir e qualificar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi destinado pelo Governo Federal um adicional de mais de R\$ 320 milhões por ano, totalizando R\$ 1,5 bilhão. A RAPS foi ampliada e passa a contar com hospitais psiquiátricos especializados, hospitais-dia, unidades ambulatoriais e CAPS IV AD, além dos antigos serviços já existentes, com o objetivo de ofertar uma variedade de cuidados, que possam dar conta das diferentes necessidades dos pacientes e seus familiares.

Desta forma, a nota dispõe que a RAPS passa a ser formada pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Atenção Básica, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas, Ambulatório

Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas e que, todos estes serviços são igualmente importantes, não sendo substitutos um dos outros e não fomentando mais o fechamento de quaisquer destas unidades (BRASIL, 2019).

Ainda de acordo com a nota, o país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares. Um dos pontos da Nova Política Nacional de Saúde Mental é a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), equipamentos voltados à reinserção social dos pacientes e fundamentais para a desinstitucionalização dos que moram em hospitais psiquiátricos.

Outro ponto citado na nota refere-se ao aprimoramento de estratégias para abordagem dos usuários de drogas, promovendo o atendimento público por 24h nas áreas mais simples e nas cracolândias, com objetivo de atender os pacientes em situações de urgência e encaminhá-los para um dos ambientes terapêuticos (BRASIL, 2019).

Além disso, passa a ser incentivado o atendimento ambulatorial, a ampliação de leitos psiquiátricos especializados e atendimento qualificado nos hospitais, de forma que, após nove anos, o valor das internações psiquiátricas será reajustado visando melhor atender os pacientes, posto que o Brasil se encontra em uma cobertura deficitária nesta modalidade especial.

Tal cenário é fruto direto dos equívocos de fechamento de leitos psiquiátricos no Brasil, nas últimas duas décadas principalmente. Além do aumento do número de pacientes com transtornos mentais graves nos cárceres brasileiros, problemas na condução da antiga Política Nacional de Saúde Mental acabou concorrendo também para o aumento das taxas de suicídio, aumento de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação das cracolândias, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica (BRASIL, 2019, p. 5).

Dito isto, a nota dispõe sobre a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população, como exemplo, a Eletroconvulsoterapia (ECT), que será financiada pelo Ministério da Saúde. Também serão estabelecidas diretrizes de assistência para que o atendimento aos pacientes seja fundamentado em evidências científicas.

No que diz respeito ao cuidado das pessoas com problemas de álcool ou outras drogas, a nota tem seu enfoque no tratamento com abstinência, que, de acordo com o Conselho de Enfermagem da Bahia (2019), trata-se de um método ultrapassado que se embasa na culpabilização do sujeito, supervalorização do fracasso, responsabilidade unilateral do usuário, relação de superioridade entre profissional-usuário, redução da autonomia e liberdade frente ao uso da substância e adaptação ao seu contexto de vida, perspectivas estas contrárias à estratégia de Redução de Danos que defende o direito de escolha do sujeito para a garantia do seu bem-estar através do suporte de uma equipe multiprofissional competente.

A nota prevê, ainda, a ampliação da RAPS, com a inclusão de novos pontos de atenção, com o objetivo de ser mais estruturada e equilibrada na oferta de tratamento e cuidado aos pacientes e seus familiares, de acordo com as melhores práticas de intenção e atendimento do paciente, não cabendo mais a ideia de que os hospitais psiquiátricos devam ser fechados (BRASIL, 2019).

Quanto o tratamento de crianças e adolescentes a nota técnica não discorre de forma detalhada, apenas informando que não há restrições absolutas para o atendimento de pacientes menores de idade nos Serviços da RAPS, sendo aplicável o bom-senso, a ética e o princípio da preservação da integridade física, moral e da vida do paciente.

Não bastasse todo o exposto, passa a ser exigida ocupação de 80% dos leitos de SRTs para repasse integral do incentivo de custeio, que deverão ser solicitados de acordo com o tamanho da enfermaria. Ademais, a nota prioriza a manutenção e qualificação dos hospitais psiquiátricos, de forma que mesmo na hipótese de transferência do paciente, a vaga no hospital deverá permanecer em aberto para atender outras pessoas.

No entanto, diferente do exposto, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da portaria 3.088/11 já prevê a existência de leitos de hospitais gerais, como também os leitos de acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III e CAPS II. De acordo com Reis (2019) a RAPS da reforma brasileira já é a mais plural dentre as redes do sistema de saúde, de forma que esse intuito da nota técnica é mero disfarce para parecer uma reforma muito bonita e que vai trazer muitos benefícios para a sociedade.

Posto isto, denota-se que o intuito da presente nota é reconstruir os hospitais que demoraram anos para serem fechados e voltar com os tratamentos desumanos para com os pacientes. A nota técnica afirma a prioridade de reintegração social do paciente, mas em evidente contradição incentiva o investimento na criação de novos hospitais psiquiátricos e tratamentos evasivos aos portadores de problemas psíquicos.

A tendência atual não é a criação de novos leitos psiquiátricos e sim o fechamento desses. Como prova do fechamento dos hospitais psiquiátricos, tanto no Reino Unido quanto em muitos outros países que avançaram na Reforma Psiquiátrica, é que “dos 130 hospitais presentes na Inglaterra e no País de Gales em 1995, apenas 14 permanecem abertos” (ANTUN *apud* REIS, 2019, online).

No que tange a análise da nota 11/2019, por mais que em diversos pontos ela discorra que está em consonância com a Lei Antimanicomial, presente informação não condiz com a realidade. Enquanto a nota dispõe pelo retorno dos hospitais psiquiátricos e da “não substituição de nenhuma forma de tratamento da RAPS”, a Lei 10.216/01 preconiza pela internação como última medida, na hipótese de ineficácia pelos métodos extra-hospitalares.

Ao preconizar pelo aumento dos leitos psiquiátricos no Brasil e o que o fechamento dos hospitais ao longo das últimas décadas se trata de “equivoco”, a nota técnica parece desconhecer todo o processo da reforma psiquiátrica no país, e as intensas violações que os métodos utilizados geravam nos pacientes à época, que eram tratados sem o mínimo de respeito a dignidade da pessoa humana.

Desde a década de 90, com a criação de diversos projetos e reuniões, o tratamento que era exclusivamente hospitalar, tem dado espaço a outras medidas menos evasivas ao paciente e que produzem efeitos práticos capazes de reinserir o doente mental na sociedade. Em 2001, com a vigência da Lei 10.216/01, diversos hospitais psiquiátricos do Brasil foram fechados, e, os que permaneceram exercendo suas atividades, apresentam inúmeras violações aos direitos do paciente.

Neste sentido, além de contrariar a Lei 10.216/01, a nota técnica fecha os olhos para as violações que a internação gera na vida do paciente. Conforme mostrado anteriormente, os métodos empregados para “cuidar” dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos infringiam diversos direitos constitucionais do indivíduo, como a saúde, a liberdade, a igualdade e a dignidade da pessoa humana.

Além disso, a nota técnica, quando preza pela volta dos leitos psiquiátricos, deixa de se manifestar sobre as hipóteses de internação autorizadas atualmente. A Lei 13.146/15 ao alterar a teoria das capacidades, considerou o doente mental como capaz para os atos da vida civil, e, desta forma, não pode ser internado a qualquer momento e contra sua vontade. A internação, neste caso, deverá se dar apenas em casos extremos, com laudo médico e a pedido de um terceiro de confiança do paciente. Dito isto, é evidente que a nota novamente se contradiz e entra em conflito com a legislação vigente.

Não bastasse toda análise até o momento, a nota técnica propõe o financiamento do aparelho para a realização da eletroconvulsoterapia, procedimento extremamente invasivo e que foi utilizado de forma indiscriminada e punitiva por muitas décadas nos manicômios do Brasil, o que reforça, a ausência de preocupação com os direitos da dignidade da pessoa humana do paciente.

Ademais, o art. 2º, inciso VIII da Lei 10.216/01, dispõe que é direito do portador de doença mental ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis. Contudo, a ECT se trata de um dos métodos que mais interferem nos direitos dos pacientes, além de ser extremamente invasivo e carregar uma história muito pesada consigo. Dito isto, se de fato existisse preocupação quanto ao direito da pessoa portadora de doença mental, o investimento seria voltado no incentivo ao Serviço Residencial Terapêutico, a terapia ocupacional e a um tratamento continuado com o paciente, visando sua reinserção na sociedade.

A Nota, além priorizar o retorno dos hospitais psiquiátricos, defende a instalação de “Unidades Psiquiátricas Especializadas” de até 30 leitos nos Hospitais Gerais, devendo obrigatoriamente estar sempre com 80% desses leitos ocupados. Este fato demonstra a necessidade que os agentes da saúde terão em sempre manter os usuários nos serviços apresentados, estimulando as internações e de forma indireta, desestimulando a reinserção social.

Além de todo o exposto, a disponibilização da nota visando pelo retorno das internações psiquiátricas sucessivas, incentivo ao retorno da ECT e reajuste dos valores para disposição de, em suas palavras, “oferecer um melhor tratamento”, demonstra o interesse em monetizar, novamente, o tratamento psiquiátrico, visando não à melhoria do paciente, mas a sua constante dependência das medidas assistenciais oferecidas pelo governo.

Dessa forma, o que se observa é que a presente nota técnica que entrou em discussão pelo Ministério da saúde revela um enorme retrocesso no que diz respeito às políticas nacionais de saúde mental, tendo em vista que busca trazer à tona a criação de novos hospitais psiquiátricos bem como a inclusão de tratamentos pouco utilizados atualmente devido às desumanidades reportadas no passado.

Este seria então um regresso quanto à luta pela reforma psiquiátrica, tendo em vista que vai de encontro às disposições da Lei. 10.216/01 e da Lei. 13.146/15, que atualmente são um dos mais eficazes instrumentos de proteção aos direitos do portador de alguma doença mental, abaixo da Constituição Federal, e também uma das formas de acabar com o terror que é a realidade dos hospitais psiquiátricos do país.

Assim que a nota foi publicada o Conselho Federal de Psicologia apresentou um repúdio a ela onde a conselheira do Conselho Nacional de Saúde, Marisa Helena Alves, explica que a medida rompe com a política de desinstitucionalização e incentiva a hospitalização e o tratamento desumanizado. Ela ressalta a gravidade da desconstrução da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) com a inclusão dos hospitais psiquiátricos entre os mecanismos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Não obstante a isso, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, também apresentou repúdio a nota técnica 11/2019, posto que demonstra um retorno dos hospitais, reabertura dos leitos, realização do ETC, inserção dos SRTs em zonas rurais, o que contribui para o retorno das práticas desumanas, a dificuldade de retorno do paciente no meio social e a privação de liberdade constante no tratamento manicomial (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO, 2019).

Ademais, o Conselho Regional de Enfermagem da Bahia, assim como o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, também demonstrou repúdio à nota publicada, citando, entre outros pontos, a inclusão dos hospitais psiquiátricos como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a retomada da eletroconvulsoterapia no SUS como um aparato terapêutico de alta eficiência e tecnologia e a desvalorização da desinstitucionalização (COSELHO DE ENFERMAGEM DA BAHIA, 2019).

Em contrapartida com a posição da nota de que o fechamento dos hospitais seria um erro, no relatório de inspeção nacional realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (2019), ficou constatado que o fechamento de instituições com características asilares não pode ser interpretado como um fator que gere desassistência, uma vez que essas pessoas, privadas de sua liberdade, já se encontram desassistidas, distantes de estratégias de cuidado em saúde.

O que se espera realmente é que os responsáveis pelo Ministério da Saúde repensem a nota técnica publicada e invistam no que de fato irá trazer melhorias na vida dos enfermos e necessitados. Encher o país de hospitais psiquiátricos, ampliar os leitos de internação, bem como utilizar tratamentos desumanos mostra o enorme retrocesso pelo qual o país está passando.

Para isso, as décadas de luta contra a reforma manicomial no Brasil não podem passar despercebidas, posto que mesmo com o ordenamento jurídico pátrio visando a proteção das pessoas portadoras de deficiência mental ainda existem, até a atualidade, relatos de violação, quem dirá as medidas dispostas pela nota técnica 11/2019 que visa como ponto principal o retorno dos hospitais psiquiátricos.

Atualmente, os hospitais psiquiátricos que não foram fechados demonstram em seus tratamentos intensa violação dos direitos individuais da pessoa humana em práticas até então contrárias a Lei Antimanicomial, em especial no que diz respeito à privação da liberdade e ao ambiente insalubre em condições que não respeitam os direitos constitucionais dos pacientes ali inseridos.

As medidas de incentivo e tratamento do paciente portador de doença mental devem ser criadas no sentido de aumentar a fiscalização por intermédio do Ministério Público como entidade permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, protetor da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, nos ambientes em que possuam pacientes internados sem previsão de alta, expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e outras políticas públicas que incentivem a ressocialização do paciente na sociedade e incentivo do tratamento com a terapia ocupacional, buscando extrair o melhor lado do indivíduo através da arte.

O lado positivo da presente nota técnica é que, até a presente data ela se encontra suspensa, de modo que ainda não foram tomadas novas medidas para colocar em prática suas disposições. Presente fato pode ter ocorrido porque Quirino

Cordeiro, à época Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, foi exonerado de seu cargo pouco tempo depois de emissão da nota e o Ministério da Saúde, sem apresentar as razões, a suspendeu, ou até mesmo devido às inúmeras críticas que foram formuladas, com razão, sobre seu conteúdo.

No entanto, mesmo com sua suspensão, as alterações das políticas nacionais de saúde mental só trazem uma instabilidade jurídica quanto ao tema da Reforma Psiquiátrica e o tratamento manicomial, posto que, mesmo diante de evidentes violações dos direitos humanos, ainda surgem propostas, como a nota técnica 11/2019, que abordam como prioridade à volta dos hospitais psiquiátricos e a internação como principal alternativa para resolução da doença mental.

Diferente desta disposição, um dos principais objetivos da Reforma psiquiátrica é alterar a prática de internação do paciente em ambiente asilar, reduzindo os danos que esse encarceramento pode lhe gerar, juntamente com o uso além do normal de substâncias psicoativas (PITTA, 2011). É justamente por este motivo que foi constituída uma rede de atenção psicossocial que diz respeito à própria existência do sujeito assistido. Utilizar a internação em hospitais psiquiátricos como enfoque da RAPS é totalmente contraditório com os preceitos da reforma e os direitos dos indivíduos portadores de problemas psiquiátricos e ou viciados em álcool, drogas e afins.

Por fim, diante de todo o alegado é possível concluir que, a contrário senso, a nota técnica 11/2019 não visa complementar as políticas de saúde mental já existentes, mas criar uma contrarreforma com as práticas já em vigência. Não obstante, apesar de preconizar pela valorização dos direitos da pessoa com deficiência, suas disposições apresentam uma afronta ao direito à vida, à saúde e a liberdade do paciente, além de se tratar de uma forma de monetizar as internações e inviabilizar a ressocialização do portador de doença mental.

3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

O tratamento manicomial surgiu no século XV e XVI com o objetivo de isolar da sociedade não aqueles considerados como loucos, mas as minorias que eram constantemente julgadas e desrespeitadas, como as mães solteiras, os negros e os homossexuais.

Deste então, os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos passaram anos sofrendo com tratamentos desumanos e práticas que não surtiam qualquer tipo de melhoria efetiva em suas vidas, como a lobotomia e a eletroconvulsoterapia. A partir de 1987, no Brasil, o movimento pela Reforma Psiquiátrica ganha força na luta por um país sem manicômios.

No entanto, somente em 2001 foi aprovada a Lei 10.216/01 que dispõe sobre os direitos dos doentes mentais no tratamento psiquiátrico, a possibilidade de outros métodos que não a internação nos ambientes asilares e a necessidade de ressocialização do paciente na sociedade. Mesmo se tratando de um avanço na luta quanto à valorização dos direitos do doente mental, esta lei não foi suficiente para o encerramento de práticas desumanas no tratamento psiquiátrico no Brasil.

Ainda com intuito de estabelecer direitos iguais entre os indivíduos portadores de deficiência e a sociedade em geral, em 2015 entra em vigor a Lei 13.146/15, instrumento importante que inclusive, alterou a teoria das capacidades do Código Civil de 2002 e trouxe consigo a tomada de decisão apoiada, instrumento importante para a autodeterminação dos indivíduos portadores de doença mental.

Esta lei, apesar de ter objetivos semelhantes à Lei 10.216/01, gerou um conflito no que diz respeito à internação involuntária, posto que, alterou a teoria das capacidades e considerou o doente mental como capaz para os atos da vida civil. Neste sentido, uma alternativa a ser tomada, levando em consideração o critério cronológico seria o da inaplicabilidade desta forma de internação, ou, sua utilização pelo método de tomada de decisão apoiada.

Contudo, mesmo diante de anos de luta pela reforma psiquiátrica, em 2019 é editada a nota técnica 11/2019 pelo Ministério da Saúde, visando à retomada de tratamentos anteriormente proibidos e o retorno das instituições psiquiátricas como principal forma de cuidado com os doentes mentais.

De forma geral, é cristalino que os enfermos, sofreram por muitos anos e foram silenciados nos muros dos hospitais psiquiátricos que utilizavam do tratamento manicomial.

A escritora e jornalista brasileira Arbex (2013), realizou um belíssimo trabalho ao relatar a realidade dentro de um dos maiores hospitais psiquiátricos do país. Neste lugar, mais de 60 mil pessoas viveram sem o mínimo de dignidade, sobreviveram por alguns anos, e nem mesmo na morte foram respeitadas ao ter seus corpos vendidos para as universidades brasileiras.

Fato é que este é apenas um dos casos da triste realidade enfrentada pelos doentes mentais e excluídos da sociedade que eram hospitalizados e enfiados contra suas vontades e, algumas das vezes, sem o conhecimento da família, nesses lugares conhecidos como hospitais em que os loucos eram aqueles que se sentiam no direito de violar tão intensamente a dignidade da pessoa humana do outro indivíduo.

Ocorre que, nenhum dos tratamentos utilizados na época trazia de fato melhorias para os pacientes, e em contrapartida, lhes geravam sequelas incuráveis. Assim, nem mesmo a Constituição Federal de 1988 foi capaz de impedir tamanhas brutalidades do tratamento manicomial brasileiro. Mesmo com a previsão do direito à vida, à liberdade, à igualdade e a saúde, os seres humanos sofreram e o Estado se manteve inerte.

É por isso que a Lei 10.216/01, da reforma antimanicomial merece seu mérito, uma vez que representa a luta de mais de 30 anos dos agentes de saúde que visavam melhores condições de tratamento dos hospitais psiquiátricos e respeito à dignidade da pessoa humana. Esses cidadãos bem intencionados não se renderam ao tratamento promiscuo e a medida utilizada para silenciar as vozes sofridas dentro dos leitos e corredores dos hospitais. Assim, a Lei acima descrita, tem sido até então a melhor e mais eficiente no combate de tamanhas injustiças sofridas pelos portadores de doenças mentais por tantos e tantos anos.

Além disso, a Lei 13.146/15 também tem contribuído para o tratamento digno e igualitário das pessoas com deficiência no âmbito da sociedade e representa como a luta pela melhoria nos tratamentos tem surtido efeito na atualidade.

A reforma manicomial prevê, além de outras medidas, o fechamento dos leitos e hospitais psiquiátricos e a internação como *ultima ratio*. Cumpre ainda

esclarecer que os procedimentos adotados não afrontam os direitos da pessoa com deficiência mental e possibilitam a reinserção social do paciente, para que este volte para a sociedade e tenha uma vida o mais próximo da normal possível.

Assim, desde 2001, inúmeros hospitais psiquiátricos têm sido fechados no país, mostrando para a sociedade a realidade por traz das paredes dos manicômios, e é por isso que a nota técnica 11/2019 representa um retrocesso frente à luta pelo respeito dos direitos individuais e coletivos da pessoa com deficiência mental, de forma que visa reestabelecer e aumentar os leitos dos hospitais para voltar com a política de internação como principal metódica, além de investir na eletroconvulsoterapia que é um tratamento extremamente desumano e em muitas décadas utilizado de forma errônea pela medicina brasileira.

Não significa dizer que o âmbito das políticas nacionais de saúde mental não precisa de incentivo estatal e financeiro, pois precisam e muito. No entanto a atenção especial deve ser dada a RAPS, ao CAPS e o atendimento humanizado do SUS, de forma a ampliar e aplicar verbas nestes ambientes e em profissionais humanos e competentes capazes de realizar um melhor tratamento dos indivíduos.

Ademais, é necessária a criação de incentivos voltados para a ampliação das SRTs no país, posto que tenha sido uma forma de tratamento que melhor reinsere o paciente na sociedade. Outra medida importante é a fiscalização pelos órgãos do Ministério Público, a fim de constatar se os hospitais psiquiátricos existentes estão conferindo aos seus pacientes um tratamento digno de acordo com as diretrizes estabelecidas pelas legislações citadas anteriormente.

O assunto do tratamento manicomial merece enfoque na atualidade não somente pela luta de tantos anos pela reforma manicomial e décadas de sofrimentos dos pacientes portadores de transtornos psíquicos dentro destes ambientes, mas em especial por, mesmo com a criação de diversos ordenamentos jurídicos, ainda existir, em pleno século XXI, violações aos direitos dos deficientes mentais e o Estado se manter inerte. Muito pior é publicar uma nota técnica visando à volta de tratamentos cruéis, utilizados em outros momentos como forma de punição aos pacientes e da internação psiquiátrica como forma principal de tratamento aos enfermos.

4 CONCLUSÃO

A presente pesquisa bibliográfica se propôs ao longo do desenvolvimento a analisar as alterações das políticas nacionais de saúde mental e os direitos fundamentais da pessoa com deficiência a partir de um contexto histórico e de um exame dos tratamentos utilizados nos hospitais psiquiátricos, bem como se estes garantiam a dignidade da pessoa humana.

Durante toda a revisão de literatura deste trabalho, foi discutido sobre os direitos fundamentais da pessoa com deficiência no tratamento manicomial e a forma como eram tratados os pacientes nestes ambientes.

Ademais, outra discussão importante abordada diz respeito à alteração nestes tratamentos com o advento da Lei 10.216/15 e as demais políticas nacionais de saúde mental. Por mais que a Lei Brasileira de Inclusão tenha apresentado um possível conflito aparente entre a internação involuntária e a capacidade do doente mental, referido assunto ainda não chegou a ser discutido nos tribunais brasileiros, o que pode gerar a divergência de opiniões sobre o tema.

Dentro do tratamento manicomial, foi possível constatar evidentes violações contra a Constituição Federal de 1988 e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em especial no que tange o direito à vida, à liberdade, à saúde e à dignidade da pessoa humana, ou seja, os direitos individuais da pessoa humana simplesmente não são respeitados nestes ambientes.

A publicação da Lei 10.216/01 foi uma evidente vitória na luta antimanicomial, estipulando a preservação dos direitos do paciente, a internação como última medida e a necessidade de ressocialização do portador de deficiência na sociedade. No entanto, mesmo com o fechamento de inúmeros hospitais no país, as pesquisas demonstradas anteriormente informam que aqueles ambientes que permaneceram em funcionamento até a presente data ainda tratam os seus pacientes sem o devido respeito e atenção.

Além de serem ambientes precários, com sujeira exposta, falta de móveis adequados e infraestrutura capaz de trazer melhorias efetivas no tratamento do paciente, utilizam medidas contrárias às dispostas pela Lei 10.216/01 e a própria Constituição Federal, o que demonstra evidente violação dos direitos individuais do deficiente mental.

Não bastasse todo o exposto, entra em discussão no país a nota técnica 11/2019, publicada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de aprimorar o tratamento já existente, em especial com a volta dos hospitais psiquiátricos e de métodos como a eletroconvulsoterapia. Desta forma, o que se conclui é que a medida é extremamente contraditória tendo em vista que busca garantir a dignidade dos pacientes portadores de doença mental e sua melhoria, mas dão enfoque em um tratamento que não apresenta melhora efetiva e acaba por violar cada vez mais os direitos do paciente.

Sendo assim, conclui-se que a nota técnica acaba por ser um retrocesso após anos de luta pela reforma manicomial no país. O que merece enfoque são os tratamentos voltados a dignificar a pessoa, e reinseri-la na sociedade, como a SRT e a terapia ocupacional. É preciso reconhecer o deficiente mental como sujeito de direitos, capaz de participar dos atos da vida civil e, portanto devendo ser tratado com o mínimo de dignidade por seus semelhantes.

Desta forma, é evidente que o Brasil já conquistou melhorias no que tange ao tratamento da pessoa com deficiência, principalmente com a vigência da Lei 10.216/01 e da Lei 13.146/15. Contudo, para que seja possível falar de forma plena em respeito aos direitos fundamentais, é necessário, principalmente um incentivo estatal, a criação de medidas fiscalizadoras pelo Ministério Público e o acolhimento do paciente por parte de toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. R. L. L. DE. A Lei Antimanicomial e a aplicação das Medidas de Segurança. **Jusbrasil**, 2015. Disponível em: <https://endireitados.jusbrasil.com.br/noticias/183758636/a-lei-antimanicomial-e-a-aplicacao-das-medidas-de-seguranca>. Acesso em: 07 set. 2020.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARRUDA NETO, P. T. DE. **A implementação pela via judicial das políticas públicas na área de saúde mental**: o papel do Ministério Público. *Revista de Direito Sanitário*, v. 6, n. 1-3, p. 38-61, 18 out. 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/#:~:text=A%20RAPS%20da%20Reforma%20Psiqui%C3%A1trica,existem%20as%20suas%20redes%20de>. Acesso em: 07 set. 2020.

BATISTA, Bruno Oliveira de Paula; EHRHARDT JUNIOR, Marcos. O negócio jurídico processual celebrado pela pessoa com deficiência e a tomada de decisão apoiada. **REVISTA DIREITO E JUSTIÇA: REFLEXÕES SOCIOJURÍDICAS**, [S.l.], v. 18, n. 31, p. 65 - 84, ago. 2018. ISSN 21782466. Disponível em: http://srvapp2s.santoangelo.uri.br/seer/index.php/direito_e_justica/article/view/2451. Acesso em: 14 set. 2020.

BONAVIDES, Paulo; MIRANDA, Jorge; AGRA, Walber de Moura. **Comentários à constituição de 1988**. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

BRASIL. **Código penal**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado Federal. 1988.

_____. **Lei 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 de maio 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental. Acesso em: 04 set. 2020.

_____. **Lei n. 10.406**, 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 04 set. 2020.

_____. **Lei n. 6.085**, de 19 de abril de 2007. Promulga o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, adotado em 18 de dezembro de 2002. Brasília, 2007. Disponível em:

[tp://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6085.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6085.htm). Acesso em: 04 set. de 2020.

BRASIL. **Lei n. 13.146**, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, 07 de julho de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 04 set. de 2020.

BRASIL. **Lei n. 12.847**, de 02 de agosto 2013. Institui o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; cria o Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12847.htm. Acesso em: 03 set. de 2020.

_____. Conselho Federal de Psicologia. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Conselho Nacional do Ministério Público. Ministério Público do Trabalho. **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional**. 1. ed. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsiqu-ContraCapa-Final_v2Web.pdf. Acesso em: 04 de set. 2020.

CADEMARTORI, L. H. U.; GRUBBA, L. S. O embasamento dos direitos humanos e sua relação com os direitos fundamentais a partir do diálogo garantista com a teoria da reinvenção dos direitos humanos. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 8, ed. 2, p. 703-724, jul./dez. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Em 11 anos, o SUS perde quase 40% de seus leitos de internação em psiquiatria. 2017. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26791:2017-03-20-15-30-48&catid=3. Acesso em: 07 set. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 07 set. 2020.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. Resolução n. 8, de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed. 163, seção 1, p. 55. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/->. Acesso em: 14 set. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. Nota de repúdio à Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/M. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Nota-de-rep%C3%BAdio-GT-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Nota de Repúdio à Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que dispõe Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://crpsp.org/noticia/view/2314/nota-de-repudio-a-nota-tecnica-n-112019->

cgmaddapessasms-que-dispoe-esclarecimentos-sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas. Acesso em: 08 set. 2020.

COSTA, Augusto César Farias. **Direito Sanitário e Saúde Pública**: Coletânea de Textos. Brasília: Síntese, 2003.

DALLA VECCHIA, Marcelo e MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. **O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica**. Natal, RN. 2006.

DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência (Florianópolis)**, Florianópolis, n. 77, p. 197-220, Dec. 2017. Disponível em: <https://search.proquest.com/docview/1985532193/C9D4B7C824164EFAPQ/4?accountid=197768>. Acesso em: 07 set. 2020.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº. 186**, de 09 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília, 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm. Acesso em: 04 set. de 2020.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 105-120, jan. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2012000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 07 set. 2020.

GUIMARAES, Andréa Noeremberg et al. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000)**: histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-369, Junho 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 set. 2020.

GULJOR, Ana Paula et al. Nota de Avaliação Crítica da Nota Técnica 11/2019 - "Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas", emitida pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, em 04/02/2019, de autoria de Quirino Cordeiro Junior. **Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro**. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2019/02/Note-tecnica-Saude-Mental.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

JORGE, M. R; FRANCA, J. M. F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 3-6, Mar. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 set. 2020.

LABOISSIERE, Paula. Compra de aparelhos de eletrochoque está sob análise, diz ministério. **Agência Brasil**, 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-02/compra-de-aparelhos-de-eletrochoque-esta-sob-analise-diz-ministerio>. Acesso em 14 set. 2020.

MALHEIRO, Emerson. **Curso de direitos humanos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MARTINS, Flávio. **Curso de direito Constitucional**. 4. Ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

MENDES, Vanessa Correia; MENEZES, Joyceane Bezerra. **O tratamento psiquiátrico e direitos humanos**: uma análise dos instrumentos de controle da internação involuntária. *Revista de Direitos Fundamentais & Democracia*, v. 14 n.14-2, p. 458-481, 09 dez. 2013.

MINISTÉRIO DA JÚSTIÇA. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, de 10 de dezembro de 1948. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/7/docs/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.pdf. Acesso em: 01 set. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica nº 11/2019 – CGMAD/DAPES/SAS/MS. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Disponível em http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf. Acesso em: 02 set. 2020.

_____. **Portaria n. 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em 05 set. 2020.

_____. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 251, p. 59-62, 30 dez. 2011.

NISE: O Coração da Loucura. Direção de Roberto Berliner. Brasil: Lorena Bondarovsky, Rodrigo Letier, 2016. 1 DVD (106min.).

OLIVEIRA, Fabiano Melo Gonçalves. **Direito Humanos**. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma Realidade Possível: Representações Sociais da Loucura e a História de uma Experiência**. São Paulo: Jurúá, 2009.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. 5. ed. São Paulo: Editora 34, 1996.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 04 set. 2020.

PRADO, Ana Carolina. 5 tratamentos psiquiátricos bizarros que caíram em desuso. **Superinteressante**, 2017. Disponível em:

[https://super.abril.com.br/blog/superlistas/5-tratamentos-psiquiatricos-bizarros-que-cairam-em-](https://super.abril.com.br/blog/superlistas/5-tratamentos-psiquiatricos-bizarros-que-cairam-em-desuso/#:~:text=Lobotomia&text=A%20trepana%C3%A7%C3%A3o%20deu%20origem%20a,como%20se%20tivessem%20tomado%20tranquilizantes)

[desuso/#:~:text=Lobotomia&text=A%20trepana%C3%A7%C3%A3o%20deu%20origem%20a,como%20se%20tivessem%20tomado%20tranquilizantes](https://super.abril.com.br/blog/superlistas/5-tratamentos-psiquiatricos-bizarros-que-cairam-em-desuso/#:~:text=Lobotomia&text=A%20trepana%C3%A7%C3%A3o%20deu%20origem%20a,como%20se%20tivessem%20tomado%20tranquilizantes). Acesso em: 03 set. 2020.

RIO DE JANEIRO (RJ). Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. **Coleção de Leis do Brasil**, de 31 de dezembro de 1934. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559impressao.htm.

Acesso em: 11 set. 2020.

SANCHEZ, Fábio et al. **Reforma Manicomial**, 2000. Disponível em:

<http://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/manicom/manicom11.htm>.

Acesso em: 2 set. 2020.

Silvia, J. P. et al. Retrocesso nas políticas nacionais de saúde mental e de álcool e outras drogas no Brasil a partir da nota técnica nº11/2019. **REVISAR**. 2019, v.8, n.2, p. 115-8, abr.- jun. 2019. Disponível em:

<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/387>. Acesso em: 08 set. 2020.

SOUZA, J.B.; ALMEIDA, W.G. O DIREITO NO CAMINHO DA INCLUSÃO: OS AVANÇOS DO CÓDIGO CIVIL AO TRATAR DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. **Revista Argumenta**, Jacarezinho, n. 28, p. 337-359,406-407, 2018.

Disponível em:

<https://search.proquest.com/docview/2120116994/CE50676671A34248PQ/3?accountid=197768>. Acesso em: 07 set. 2020.

SZANIANWSKI, Elimar. **Direito de personalidade e sua tutela**. São Paulo: RT, 1993.

TOZZE, Humberto. Luta antimanicomial: você sabe o que é?. **Politize**, 2016.

Disponível em: <https://www.politize.com.br/luta-antimanicomial-o-que-e/>. Acesso em 02 set. 2020.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não. **SEGRAG**, Belo Horizonte, 1992.