



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

LÍVIA NADHINE POZZA PESSOA

**NOTAS EM TORNO DOS DIREITOS HUMANOS NO PROCESSO DE REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL DIANTE DA PRIMAZIA DA FAMÍLIA DA PESSOA
COM TRANSTORNO MENTAL**

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Setorial da Faculdade de Direito

-
- P475n Pessoa, Livia Nadhine Pozza.
Notas em torno dos direitos humanos no processo de reforma psiquiátrica no Brasil diante da primazia da família da pessoa com transtorno mental / Livia Nadhine Pozza Pessoa. – 2015.
89 f.: il. color. ; 30 cm.
- Monografia (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2015.
Área de Concentração: Direito Civil, Direitos Humanos e Psiquiatria.
Orientação: Prof. Me. William Paiva Marques Júnior.
1. Direitos humanos. 2. Políticas Públicas de Saúde - Brasil. 3. Políticas públicas – Saúde Mental - Brasil. 4. Dignidade. I. Marques Júnior, William Paiva (orient.). II. Universidade Federal do Ceará – Graduação em Direito. III. Título.

CDD 341.48

LÍVIA NADHINE POZZA PESSOA

**NOTAS EM TORNO DOS DIREITOS HUMANOS NO PROCESSO DE REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL DIANTE DA PRIMAZIA DA FAMÍLIA DA PESSOA
COM TRANSTORNO MENTAL**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Me. William Paiva Marques Júnior.

FORTALEZA

2015

LÍVIA NADHINE POZZA PESSOA

**NOTAS EM TORNO DOS DIREITOS HUMANOS NO PROCESSO DE REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL DIANTE DA PRIMAZIA DA FAMÍLIA DA PESSOA
COM TRANSTORNO MENTAL**

Monografia apresentada à Coordenação do
Curso de Graduação Direito da Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Direito.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. William Paiva Marques Júnior (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Fábio Gomes de Matos e Souza
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Francisco Tarcísio Rocha Gomes Júnior
Mestrando em Direito pela Universidade Federal do Ceará (UFC)

A todos aqueles que creem ser a diversidade o
brilho da existência.

AGRADECIMENTOS

“Há na terra um grande trabalho a realizar. É tarefa para seres fortes, para corações corajosos.”

(Érico Veríssimo)

Ao Prof. William Paiva Marques Júnior, pela atenção, disponibilidade, dedicação, gentileza e boa vontade não somente durante a orientação deste trabalho, mas ao longo dos anos de graduação e no trato com todos os alunos desta Faculdade.

Ao professor Fábio Gomes de Matos e Souza, pelo tempo dispensado em meio à sua atribulada rotina acadêmica e médica, pelo interesse quanto à interdisciplinaridade e pela valiosa colaboração.

Ao mestrando Francisco Tarcísio Rocha Gomes Júnior, pela acessibilidade e simpatia desde a monitoria na disciplina de Teoria Geral do Direito, pelas sugestões e pelo estímulo.

Aos colegas da graduação pelos bons momentos, especialmente aos que se tornaram mais próximos e certamente continuarão presentes no futuro como amigos, que têm conhecimento do meu afeto e apreço.

Aos meus pais, pelo amor incalculável e pela oportunidade que me deram de estudar em escolas que realmente se preocupavam com a formação de seus alunos, por terem sempre facilitado meus anseios pelo aprendizado, em todas as áreas do meu interesse, pelo estímulo e por fomentarem meus sonhos.

Ao meu irmão, cúmplice de toda a minha vida, por tudo.

Aos meus amigos de todas as horas, obrigada por simplesmente serem meus amigos.

Ao meu namorado, por ter acompanhado esses cinco anos de graduação ao meu lado, me dando paz com a leveza de seu companheirismo.

A todos os professores que marcaram minha vida de estudante até aqui, por terem me ensinado a importância da educação para a existência de todo ser humano. Muitas frases e muitos momentos enraizaram-se em minha memória, e para isso há motivos de sobra. Obrigada pelo carinho, pela evidente preocupação com a formação humana dos alunos, por grande parte das situações inesquecíveis da minha vida na escola e por estimularem a descoberta dos meus verdadeiros talentos.

“Só uso a palavra para compor meus
silêncios.” (Manoel de Barros)

RESUMO

Aborda-se de forma interdisciplinar o tema da Reforma Psiquiátrica, contextualizando-a e caracterizando-a globalmente, bem como a nova Política de Saúde Mental Brasileira, dela decorrente e instituída a partir da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, expondo os serviços que a compõem e as diretrizes internacionais pelas quais se orienta, e enfoca a família como instituição basilar da sociedade e direito humano, abordada sob a perspectiva da dignidade da pessoa humana e garantida por diversos instrumentos legais. Expõem-se metas e desafios do processo de transição do modelo hospitalocêntrico de tratamento do transtorno mental para o de assistência comunitária, que consiste em uma verdadeira quebra paradigmática em razão da sua complexidade, aspectos que surgem devido ao fato de os protagonistas deste modelo adotado pela nova Política de Saúde Mental serem o paciente e a sua família, tendo logo ao seu lado a sociedade e o Estado, diferentemente do antigo, vigente durante séculos, em que se enfocava unicamente a doença.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Direitos Humanos. Direito Internacional. Família.

ABSTRACT

It makes an interdisciplinary approach of the Psychiatric Reform, contextualizing it and characterizing it globally, and it approaches the new Brazilian Mental Health Policy, which stems from that and was established from the Law nº 10.216/2001, showing the services that make it up and the international guidelines that conduct it. It also focuses the family as the basic institution of society and human right, taken under the perspective of human dignity and guaranteed by a lot of legal instruments. Goals and challenges of the transition from the hospital model of mental treatment to the community care are exposed, which consists on a real paradigmatic break because of its complexity, aspects that arise due to the fact of the protagonists of this model adopted by the new Mental Health Policy are the patient and his family, beside society and the state, unlike the old, that prevailed for centuries, and focused only the disorder.

Keywords: Psychiatric Reform. Human Rights. International Law. Family.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011.....	88
Gráfico 2 – Série histórica da expansão dos CAPS	88
Gráfico 3 – Beneficiários do Programa de Volta para Casa por Unidade da Federação	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Residências terapêuticas por Unidade da Federação	86
Tabela 2 – Iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APB	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CIDH	Comissão/Corte/Convenção Interamericana de Direitos Humanos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
SRT	Sistema de Residências Terapêuticas
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	15
2.1	Construção histórica do fenômeno “loucura”	15
2.1.1	O contexto mundial	16
2.1.2	O caso brasileiro.....	19
2.2	Política Nacional de Saúde Mental	24
2.2.1	Terminologia.....	24
2.2.2	Processo de aprovação da Lei Nacional	25
2.2.3	A rede de serviços do modelo de assistência comunitária.....	27
3	OS REFLEXOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DIREITO INTERNACIONAL	37
3.1	Alguns instrumentos legais aplicáveis ao tema	38
3.1.1	Carta das Nações Unidas (26.06.1945)	38
3.1.2	Convenção para a Prevenção e Repressão do Crime de Genocídio (09.12.1948)	38
3.1.3	Declaração Universal dos Direitos do Homem (10.12.1948).....	39
3.1.4	Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos – PIDCP (16.12.1966)	40
3.1.5	Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC (16.12 1966).....	40
3.1.5.1	Comentários gerais	41
3.1.6	Convenção Americana de Direitos Humanos (22.11.1969)	41
3.1.6.1	As medidas cautelares	43
3.1.7	Declaração de Direitos do Deficiente Mental (1971).....	44
3.1.8	Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (18.12.1979)	44
3.1.9	Convenção das Nações Unidas contra Tortura e Outro Tratamento ou Punição Cruel, Desumano ou Degradante (10.12.1984)	44
3.1.10	Convenção sobre os Direitos da Criança (20.11.1989)	45
3.1.11	Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM, 1991)	45
3.1.12	Regras Padrão para Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências (1993)	45
3.1.13	Recomendação 1235 sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994)	46

3.1.14	Carta Social Europeia (1996).....	46
3.1.15	Declaração de Madri (1996)	46
3.1.16	Legislação de Atenção à Saúde Mental: Dez Princípios Básicos / Diretrizes para a Promoção dos Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais (1996)	46
3.1.17	Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiências (1999).....	47
3.1.18	Declaração de Montreal sobre a Deficiência Intelectual (2004).....	47
3.1.19	Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos (2005).....	48
3.1.20	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (13.12. 2006)	48
3.1.21	O comportamento brasileiro diante do contexto internacional	48
3.1.21.1	O caso Damião Ximenes Lopes	50
4	A ENTIDADE FAMILIAR	53
4.1	Origem histórica.....	54
4.2	A proteção dada pelo Direito Brasileiro atualmente	56
4.2.1	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.....	56
4.2.2	Código Civil de 2002 (Lei nº 10.406/02)	58
4.2.3	Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8.069/90).....	59
4.2.4	Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03).....	60
4.3	A família como direito humano ante a dignidade da pessoa humana	61
4.3.1	A dignidade humana e a igualdade	63
4.3.2	A dignidade humana e a solidariedade	64
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS	69
	ANEXOS	77
	ANEXO A – LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001	78
	ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CARACAS	81
	ANEXO C – QUADRO DO HISTÓRICO DO BRASIL	83
	ANEXO D – TABELAS E GRÁFICOS	86

1 INTRODUÇÃO

O tema da presente monografia foi escolhido a partir de um conjunto de fatores complementares: o primeiro reflete uma forte inclinação pessoal relacionada à área de humanidades, especialmente o tratar de temas polêmicos e controvertidos; o segundo diz respeito à experiência vivida durante um ano e meio como estagiária do Tribunal de Justiça do Ceará, lotada em uma Vara de Família, presenciando diariamente audiências para a interdição de pessoas com transtornos mentais, muitas vezes participando delas, inclusive; a última razão, gatilho para a convicção da decisão, foi a leitura do livro-reportagem “O Holocausto Brasileiro”, de autoria da jornalista Daniela Arbex, que retrata um verdadeiro genocídio havido no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, e os debates com psicólogos e psiquiatras, profissionais de áreas mais próximas a essa realidade.

O objetivo deste trabalho é trazer à baila as principais mudanças decorrentes da nova Política Nacional de Saúde Mental, instituída a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que estabeleceu o sistema de tratamento comunitário, abordando a Reforma Psiquiátrica, questão complexa, e os resultados dos movimentos antimanicomiais sob o viés da família e dos direitos humanos internacionalmente garantidos, esta entendida como sujeito de direitos e deveres e parte indissociável daquilo que se entende por dignidade da pessoa humana, vislumbrando aspectos que essa diretriz provoca nas relações entre Direito, Estado, Políticas Públicas, Justiça, Psiquiatria e Sociedade.

Para tal, é imprescindível a utilização de vasta fonte de pesquisa bibliográfica e documental, a qual abrange, principalmente, o Direito e a Psiquiatria. Foram consultados portais oficiais de órgãos nacionais e internacionais para o levantamento de dados e o acesso a documentos, além da consulta a livros, artigos científicos, dissertações e teses.

O primeiro capítulo enfoca a Reforma Psiquiátrica. Inicialmente, é feito um apanhado histórico do tratamento que a questão da loucura recebeu, desde tempos longínquos até o século passado, a fim de evidenciar os motivos pelos quais esse é um tema estigmatizado e alvo de preconceitos. Em seguida, abordam-se pontos relativos à Política Nacional de Saúde Mental, com o objetivo de destrinchá-la, expondo seu modo de funcionamento e os serviços disponíveis para sua efetivação.

O segundo capítulo mostra os reflexos da Reforma Psiquiátrica no campo do Direito Internacional, evidenciando a existência de inúmeras convenções e orientações internacionais para o trato das pessoas com transtorno mental e seus familiares, priorizando-se direitos como o respeito à dignidade, a saúde, a igualdade, a assistência comunitária e a

não-discriminação. Faz-se, ainda, uma análise do modo pelo qual o Brasil lida com essas orientações, ou seja, um estudo a fim de mostrar se as medidas apregoadas foram e estão sendo realmente cumpridas, ou se há ações neste sentido.

O terceiro capítulo e último aborda a família como entidade, considerando suas formas de composição ao longo da história, sob o viés da dignidade da pessoa humana, esta refletida, principalmente, nos valores de igualdade e solidariedade, o que torna a família como parte dos direitos humanos internacionalmente considerados como tal, bem como é feita uma análise da proteção dada a ela pelo ordenamento jurídico pátrio.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

“O passado não reconhece seu lugar, está sempre presente.”

(Mário Quintana)

Não há conceito para transtorno mental em matéria de legislação, haja vista tratar-se de conteúdo concernente ao conhecimento médico, e não ao jurídico. A abordagem legislativa feita pelo ordenamento pátrio ao assunto não é mais que tangencial, ou seja, somente se fala sobre ele no Código Civil e no Código Penal: no primeiro, para tratar da capacidade civil; no segundo, para definir e punir as consequências dos atos dos sujeitos (SANTORO FILHO, 2012).

No mesmo sentido, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), não existe conceito oficial de saúde mental, este que é o termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional de um indivíduo.

Conforme afirma a mesma organização, transtornos mentais atingem mais de 700 milhões de pessoas no mundo inteiro, representando 13% do total de todas as doenças, e entre 75% e 85% delas não têm acesso a tratamento adequado. No Brasil, a estimativa é de que 23 milhões de pessoas sejam afetadas, sendo ao menos cinco milhões de nível moderado ou grave, e de que 20% dos brasileiros possam sofrer com transtorno mental em algum momento da vida (OMS, 2007).

2.1 Construção histórica do fenômeno “loucura”

Descartes afirmava que só aqueles providos de razão não são loucos. Pinel, por sua vez, não atribuía a loucura à perda da razão, mas a um distúrbio presente nela.

Independentemente do que cada autor preconizava, a loucura¹ só existe porque há uma ideia de ordem social pré-estabelecida.

Assim, um apanhado histórico sobre ela é indispensável para a compreensão do contexto atual, visto que a história é uma permanente criação instituinte da sociedade (CASTORIADIS, 1986).

¹ Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, Objetiva: Rio de Janeiro, 2008: distúrbio, alteração mental caracterizada pelo afastamento mais ou menos prolongado do indivíduo de seus métodos habituais de pensar, sentir e agir.

2.1.1 O contexto mundial

A loucura foi considerada, ao longo dos anos e nas mais diversas civilizações, de variadas formas. Na Grécia Antiga, por exemplo, ela era tida como capacidade de comunicação com os deuses, já que muitos dos acometidos pelos transtornos falavam sozinhos. Porém, poucos foram os povos que não a rejeitaram e excluíram. No século XV, as pessoas consideradas loucas sofreram com a Inquisição; no XVII, dentro do contexto de desenvolvimento e expansão mercantilista, elas também foram enxotadas do convívio social e trancafiadas nas chamadas “Casas dos Loucos”², desta vez por não estarem aptas a gerar riqueza.³

No fim do século XVIII (FOUCAULT, 1978), criaram-se os asilos, imersos em uma pretensa cientificidade e com o pretense fim de tratamento, sob a inspiração dos ideais apregoados pela Revolução Francesa. Desse modo, com a criação deles, aqueles tidos como doentes mentais passaram a ter um local específico para tratarem-se. De acordo com o pensamento de Pinel⁴ e Esquirol⁵, a instituição em si mesma representava o tratamento.

Todavia, tratar pessoas com transtorno mental significava excluí-las, negar a sua cidadania, e os asilos, demonstrando todo o poder de incompreensão da sociedade e sua incapacidade de lidar com as diferenças, transformaram-se em depósitos humanos, nos quais os pacientes eram submetidos a altas doses de medicamentos, maus tratos, falta de higiene e longos períodos de internações, além de práticas com fins punitivos, como o eletrochoque. Eles viviam em verdadeiros cárceres onde prevalecia a selvageria.⁶

² Nesta época, anterior à criação dos hospícios, as instituições que abrigavam essas pessoas eram geridas em grande parte por religiosos.

³ “O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção.” (Franco Basaglia).

⁴ Pinel (1745-1826) criou o primeiro modelo de tratamento, o moral, e foi quem atribuiu aos loucos a denominação de alienados e os libertou em Paris, em conformidade com os ideais da Revolução Francesa de 1789 – liberdade, igualdade e fraternidade. Em 1801 publicou o *“Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania”*, no qual descreveu uma nova especialidade médica, que viria a chamar-se Psiquiatria, em 1847.

⁵ Psiquiatra francês, discípulo de Pinel.

⁶ A eletroconvulsoterapia foi criada em 1937 e consiste na passagem de uma corrente elétrica pelo que provoca convulsão generalizada. Por ser de fácil aplicação, o método foi imediatamente adotado pelas instituições psiquiátricas, e fez com que um período da história da Psiquiatria ficasse conhecido como “Era dos Eletrochoques”. Sua utilização indiscriminada fez com que, a despeito de suas possibilidades terapêuticas, ficasse associado ao castigo e ao controle disciplinar. Essa terapia desapareceu na Europa com o fim da Segunda Guerra Mundial, enquanto, no Brasil, foi abolida, na rede pública de Saúde Mental, na década de 1980. Apesar disso, continua a ser utilizada (RESOLUÇÃO CFM Nº 1.640/2002) como recurso extremo no tratamento da catatonia – que é um estado em que, aparentemente, o indivíduo não responde a estímulos externos, como se estivesse desacordado. Pode estar associado a algum tipo de transtorno, bem como resultar do uso de drogas (BRASIL, 2014, *online*).

Explicitam-se, pois, outros pressupostos que lastreiam a concepção contemporânea de loucura, notadamente no direito penal – a loucura como inferioridade moral, estado do qual as pessoas poderiam ser trazidas de volta ao rumo da sanidade, se afastadas das forças alienadoras da sociedade. Vale dizer, se perdessem a liberdade psicológica da loucura e fossem guiadas pela mão segura do alienista, não lhes restaria mais do que trilhar o caminho da normalidade. A cura, nessa concepção, seria o retorno ao estado ideal simbolizado pelo *homo medius* – o estado normal –, por mais metafísica que a noção de normalidade possa parecer, mesmo porque tanto a noção de homem médio quanto a noção de normalidade são apenas abstrações racionais. (JACOBINA, 2008, p. 47)

As instituições asilares eram centradas na vigilância, disciplina⁷, repressão e no controle. Eminentemente fechadas, tinham traços carcerários e tradicionais, de enclausuramento. Caracterizavam-se como típicas instituições totais, segundo Goffman (1974); para Castel (1978), totalitárias, reforçando o caráter político delas; conforme Barreto (2015, *online*), finais, em alusão à “solução final” do nazismo. Nelas, de acordo com Foucault, ocorria o processo de “mortificação do eu”, de reificação da pessoa, ocasionando a perda da sua subjetividade, identidade, personalidade e dos seus valores.

Ainda segundo Foucault, na Idade Média a exclusão de todos aqueles que não eram desejados no convívio social era legitimada, pois a psiquiatria era usada como instrumento de controle social, e os manicômios abrigavam não somente pessoas com transtornos mentais, mas também mendigos, ladrões, libertinos, mães solteiras, alcoólatras, idosos abandonados, crianças de rua, prostitutas etc. Isso porque o pensamento higienista sempre exerceu grande influência sobre a sociedade, largamente bradado pela burguesia e pela igreja católica ao longo da história. Logo, não se pode negar que o modelo asilar era opressivo, restritivo, degradante, segregacionista e discriminatório.

Ainda que não o tenha afirmado voltando-se ao hospício, pois este ainda não existia, e sim à ausência de local exclusivo para o acolhimento de pessoas com transtorno mental, José Clemente Pereira⁸, evidenciou o quão deletério é qualquer tipo de enclausuramento: “[...] Parece que, entre nós, a perda das faculdades mentais se acha qualificada como crime atroz, pois é punida com a pena de prisão, que, pela natureza do cárcere onde se executa, se converte na de morte”.

⁷ Foucault (2007) ressaltou o poder disciplinar instituído como forma de adestramento.

⁸ José Clemente Pereira (1787-1854) Ministro do Império e Provedor da Santa Casa. 1839, em Relatório para a Mesa e Junta da Santa Casa.

Franco Basaglia⁹ foi o precursor mundial dos movimentos de Reforma Psiquiátrica, tendo atuado no norte da Itália, em Trieste, desenvolvendo a Psiquiatria Democrática, inovando¹⁰ com uma abordagem humanizada das pessoas com transtornos mentais, embalado pelos ideais pós-Segunda Guerra Mundial¹¹. Como resultado de suas ações, houve o fechamento de quase todos os hospitais psiquiátricos italianos, mudando drasticamente o modelo de tratamento para a assistência comunitária, a partir da “Lei 180”, aprovada em 1978 e em vigor até hoje. A OMS elegeu, em 1973, a experiência reformista de Trieste como a maior referência mundial para os novos paradigmas de assistência em saúde mental.

Finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganhou outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que se exige rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. (TENÓRIO, 2001, p. 33)

O ideal de Reforma Psiquiátrica, após Basaglia, seria uma sociedade sem manicômios, isto é, capaz de abrigar os indivíduos com transtorno mental, os considerados diferentes, uma sociedade de inclusão e solidariedade (AMARANTE, 1998).

A Declaração de Caracas, elaborada na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, em 1990, dentro dos Sistemas Locais de Saúde, foi convocada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), escritório regional da OMS, com apoio de organizações e entidades antimanicomiais. Ela estabelece diretrizes a serem seguidas pelos países latino-americanos, desempenhando um papel de parâmetro para a elaboração de políticas públicas na área de saúde mental. O texto orienta que a reestruturação da assistência psiquiátrica esteja ligada ao atendimento primário e à promoção de modelos centrados na comunidade e suas redes sociais, o que acarreta na revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; diz que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis dos pacientes, além de estarem baseados em critérios racionais e

⁹ Franco Basaglia (1924-1980) foi um dos psiquiatras mais discutidos no mundo, em função dos trabalhos que desenvolveu na Itália, tendo como base a experiência da Comunidade Terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones na Escócia. Acabou com as medidas institucionais de repressão e devolveu ao doente mental a dignidade de cidadão. Seu livro “*A Instituição Negada*” é considerado uma obra-prima da Psiquiatria contemporânea.

¹⁰ “A internação psiquiátrica é um ato complexo, envolvendo vários fatores, e do qual participa como força importante a ideologia do isolamento do doente mental. A reversão de tal tendência implica na subversão de um conceito amplo e longamente difundido pela própria psiquiatria” (DELGADO, 1994, p. 183).

¹¹ Esses ideais nasceram a partir da experiência que muitos médicos e enfermeiros tiveram como prisioneiros dos campos de concentração nazistas, vivenciando situações tão desumanas quanto as dos manicômios. O Tribunal de Nuremberg significou um poderoso impulso ao movimento de internacionalização dos direitos humanos.

tecnicamente adequados e propiciar a permanência deles em seu meio comunitário; afirma que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que assegurem o respeito aos direitos humanos e civis e promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental; fala, ainda, que a capacitação dos recursos humanos na área deve fazer-se visando ao serviço de saúde comunitária, e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Em 1991, a ONU adotou os Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental: “toda pessoa com uma enfermidade mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais” (ONU, 1991, p. 31).

No mesmo sentido desta declaração, o Relatório sobre a Saúde no Mundo, elaborado pela OMS (2007), propôs várias recomendações aos países, reconhecendo a necessidade de tratamento digno e efetivo aos pacientes psiquiátricos. Dentre elas, estão: a garantia da atenção primária feita na comunidade, bem como do acesso aos medicamentos; a educação da população; a existência de legislação nacional, que estabeleça políticas e programas públicos; a formação de recursos humanos e o acolhimento não só dos pacientes, mas também de sua família, envolvendo-os na comunidade.

Em 2005, sob o mesmo lema, a OMS (2005) também publicou seu Livro de Recursos sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação, que apresenta os principais instrumentos legais existentes no mundo versando sobre os direitos das pessoas com transtorno mental, de seus familiares, formas de elaboração para outras normas no mesmo sentido, mecanismos de controle e assistência, dentre outros, representando um rico documento sobre o tema.

2.1.2 O caso brasileiro

No Brasil, até pouco depois de 1840, ainda não havia tratamento para as pessoas com transtornos mentais. O que se fazia era manter os indivíduos abastados isolados em suas casas, distante do convívio social, ao passo que os desprovidos de riquezas viviam abandonados pelas ruas (BRASIL, 2003).

Apesar disso, segundo Stockinger (2007), é importante ressaltar que o Brasil foi o primeiro país da América Latina a fundar um grande manicômio: em 18 de julho 1841, dia em que foi coroado imperador, D. Pedro II assinou o decreto de criação do primeiro hospício do

Brasil¹², o qual levava seu nome, muito embora tenha sido inaugurado somente mais de 10 anos depois, em 1852, na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, anexo à Santa Casa de Misericórdia.

O “Palácio dos Loucos”, como ficou conhecido, em decorrência de sua luxuosa construção em estilo clássico, funcionava tal como os hospícios europeus: baseava-se na disciplina com a qual o interno deveria comportar-se, na sua vigilância permanente, no rigor moral instituído e na separação por classes sociais e por diagnósticos.

Com o tempo, a superlotação intensificou-se, já que se recebiam pacientes de todo o País. De acordo com registros datados de 1890 a 1894, ali teriam sido internados 3.201 pacientes. Em razão disso, no fim do século XIX, inauguraram-se as duas primeiras colônias de alienados, espaços na zona rural destinados ao acolhimento destas pessoas. Juliano Moreira, médico importante para o desenvolvimento da psiquiatria no Brasil, defenderia, logo no início do século seguinte, a importância do aumento de investimentos na assistência às pessoas com transtorno mental, afirmando serem as colônias agrícolas excelentes meios de recuperação (ODA; DALGALARRONDO, 2004).

Todavia, a primeira regulamentação nacional referente à assistência das pessoas com transtornos mentais surgiu somente em 1903, o Decreto nº 1.132 – antes disso, agia-se conforme a ideia de assepsia social, fundamentada pelo Código Penal de 1830. Conforme assevera Costa (2006), esta forma de pensar ainda viria a ser muito difundida nas campanhas de higienização nos anos 1920.

Este decreto é um marco na legislação concernente à saúde mental, dado seu caráter inovador, requisitando, por exemplo, laudo médico para que alguém fosse internado, já que o modelo de tratamento era predominantemente o asilar, como bem evidencia o Código Civil de 1916: “Art. 457. Os loucos, sempre que parecer inconveniente conservá-los em casa, ou o exigir o seu tratamento, serão também recolhidos em estabelecimento adequado.

O higienismo esteve intimamente associado à eugenia na cultura brasileira, o que refletiu, inclusive, na criação da Liga Brasileira de Higiene Mental.¹³

A necessidade fundamental dos psiquiatras era a de modificar a realidade brasileira com a qual não estavam de acordo. [...] Os psiquiatras acreditavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro. A prevenção eugênica apareceu-lhes como o instrumento mais rápido e eficaz para sanear a situação. (COSTA, 1989, p. 61)

¹² Em 1860, foi fundado o primeiro manicômio privado no Brasil, a Casa de Saúde Doutor Eiras, no Rio de Janeiro.

¹³ Fundada no Rio de Janeiro, em 1923. Tinha a eugenia e as ações de caráter sanitaria como objetivo, a fim de melhorar as condições de saúde mental da época. Seus membros compunham a elite psiquiátrica no País.

Na década seguinte, o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e outras providências, reforçou o modelo de tratamento asilar e substituiu a expressão adotada pelo Código Civil de 1916, “loucos”, a qual era bastante criticada pela doutrina, por “psicopatas”.

Art. 1º. [...]:

- a) proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;
- b) dar amparo médico e social não só aos predispostos a doenças mentais, como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;
- c) concorrer para a realização da higiene em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.” (BRASIL, 1934)

A partir da década de 1950, acentuou-se a tendência de cuidar da doença mental a partir de tratamentos eminentemente hospitalares, havendo a expansão dos leitos psiquiátricos, principalmente se observada a atuação pública do Serviço Nacional de Doenças Mentais e a iniciativa privada – não é à toa que esse período foi denominado de “indústria da loucura”¹⁴. Esta década foi considerada como a “Revolução Bioquímica”, devido à predominância dos tratamentos biológicos, estes que também fomentaram essa “indústria”, tendo em vista ser a prescrição de fármacos extremamente lucrativa (AMARANTE, 1994).

Em 1955, existiam 34.550 leitos psiquiátricos no País; no início da década de 1970, 80.000 (BRASIL, 2004).

Em 1979, Franco Basaglia, que combatia a segregação das pessoas com transtornos mentais em Trieste, veio ao Brasil. Na oportunidade, em visita ao Hospital Mental de Barbacena, em Minas Gerais, o médico comparou aquilo que viu aos campos de concentração nazistas da Segunda Guerra Mundial. Muito embora a expressão leve, de imediato, ao pensamento de que Basaglia se referia tão-somente à crueldade do tratamento dispensado aos doentes, pode-se afirmar que ela vai além disso, pois os campos de concentração tinham como finalidade eliminar quem neles estivesse.

Sobre a Reforma Psiquiátrica, Verona (2010, p. 32) diz:

A crítica vai ao cerne do problema e, ao ousar falar sobre o fim dos manicômios, problematiza as formas de relação da sociedade com a loucura, a definição da normalidade e as regras de participação no meio social. Ela rompe com a certeza de que aos loucos caberia sempre e apenas o hospício, e coloca para a sociedade questões sobre como seriam as relações com as pessoas portadoras (sic) de doenças mentais sem os manicômios ou sobre o que se faria com os ‘loucos’ libertados.

¹⁴ Na década de 1980, 80% dos leitos psiquiátricos pertenciam a instituições privadas (TENÓRIO, 2002).

Ernesto Venturini¹⁵ conta que muitas famílias chegaram a ingressar judicialmente contra Franco Basaglia, em razão de ele ter dado ensejo ao fechamento do manicômio mineiro e ter “soltado os loucos”. Isso leva a dois “princípios básicos” do imaginário popular¹⁶, fraudes epistemológicas, éticas e políticas: o primeiro diz que a instituição cura (AMARANTE, 1996); o segundo, que elas são naturais e imprescindíveis, quase uma ideologia¹⁷ manicomial, a qual atribui unicamente a elas a responsabilidade e capacidade de solucionar o desconforto que os enfermos causam à sociedade, discriminando-o, excluindo-o e isolando-o.

A Reforma Psiquiátrica e Sanitária não chegou a ser uma revolução, pois não gerou mudanças profundas na sociedade, apesar de ser um movimento complexo, que envolve as mais diversas esferas políticas e sociais, bem como as três dimensões governamentais – federal, estadual e municipal, pois se concentrou em transformações superficiais, como na política de saúde mental, até mesmo porque, considerando-se o contexto histórico de ditadura militar em que surgiu, nos anos 1970, não se podia cogitar nenhum tipo de revolução sem os riscos de opressão severa por parte do então governo.

De acordo com Amarante (1998), Antônio Sérgio da Silva Arouca¹⁸, médico sanitário e político brasileiro, considera a Reforma como um processo civilizador, no sentido de reconstrução da sociedade. Para absorver o sentido completo desta afirmação, é indispensável que se tenha em mente o processo de redemocratização pelo qual o país passava, vislumbrando todas as lutas sociais surgidas a partir do sentimento de insatisfação geral que a ditadura implantou, daí surgindo os “novos movimentos sociais” (SANTOS, 2013).

Como parte desses, foi o Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental quem deu início, em 1977 (DELGADO, 1992), aos primeiros passos para que todas as ações relacionadas à Reforma fossem possíveis. Propagaram o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

¹⁵ O crime louco.

¹⁶ “Com as políticas de internação, o mal que se tinha tentado excluir reaparece, para maior espanto do público, sob o aspecto fantástico, e é no terreno deste fantástico que a loucura se propagaria na reativação imaginária. As políticas violentas de internação despertaram essas fantasias no imaginário. Esses são os sonhos através dos quais a Moral, em cumplicidade com a Medicina, tenta defender-se contra os perigos contidos, mas muito mal encerrados na internação. Esses mesmos perigos, ao mesmo tempo, fascinam a imaginação e os desejos. A Moral tenta conjurá-los, mas algo existe no homem que se obstina a sonhar vivê-los ou, pelo menos, aproximar-se deles e libertar seus fantasmas. O horror que agora cerca as fortalezas da internação também exerce uma atração irresistível” (FOUCAULT, 1978, p. 354).

¹⁷ Houaiss: sistema de ideias interdependentes, sustentadas por um grupo social de qualquer natureza ou dimensão, as quais refletem, racionalizam e defendem os próprios interesses e compromissos institucionais, sejam estes morais, religiosos, políticos ou econômicos.

¹⁸ 1941-2003.

Um dos pontos mais importantes contidos nas reivindicações deste movimento dizia respeito ao respeito à pessoa com transtorno mental, a qual deveria ser considerada como sujeito digno de tratamento que levasse em consideração as suas necessidades pessoais e as suas diferenças.¹⁹

Antes da Reforma, 96% dos investimentos destinados ao setor de saúde mental eram para a rede hospitalar, ao passo que os 4% restantes iam para a rede ambulatorial (WHO, 2007). Estatisticamente, nota-se, pois, que o modelo de tratamento era quase exclusivamente hospitalar, baseado na internação.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998, *online*)

Em março de 1987²⁰, foi criado, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Em 1988, em Santos, a prefeitura fechou o hospital psiquiátrico da cidade, Casa de Saúde Anchieta, e o substituiu por uma rede de CAPS regionalizados, demonstrando a exequibilidade de um modelo não focado no hospital psiquiátrico, o que contribuiu significativamente para o desenvolvimento de ações semelhantes em outros estados do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b). Neste contexto de mudança social e de quebra de paradigmas, tornou-se clara a necessidade de uma lei nacional que consubstanciasse a nova concepção da psiquiatria pública, ancorada nos direitos humanos, na liberdade, nos métodos modernos de tratamento, na base territorial da organização dos serviços etc. Como fruto desse debate, surgiu o Projeto de Lei nº 3657, apresentado pelo deputado Paulo Delgado, em 1989²¹.

Mais expressiva que a edição desta lei, foi promulgação da Constituição Federal de 1988, fundadora do Estado Democrático de Direito, que elencou a saúde em seu rol de direitos sociais (art. 6º). Além disso, em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, nº

¹⁹ No modelo até então vigente, a maioria das pessoas desconhecia o motivo da sua internação e sofria com, por exemplo, a ausência de privacidade e sexualidade.

²⁰ Anos 1980: década da “Revolução Científica”.

²¹ Posteriormente, transformou-se na Lei nº 10.216/2001.

8080/90, que implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), e a Lei nº 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade na gestão dele.²²

Nesse período, o foram publicadas as Portarias de nº 189 e 244, em 1991 e 1992, respectivamente, corroborando o compromisso brasileiro em efetivar aquilo que fora proposto pela Declaração de Caracas, bem como foram aprovadas leis estaduais em sete Estados, dentre eles o Ceará (Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993), e no Distrito Federal.

Nos anos 1990, na “Década do Cérebro”, nascia, pois, a ideia de rede substitutiva, de recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar, mudando-se o centro da atenção para a comunidade, contemplando projetos culturais, hospitais-dias e outros instrumentos de reintegração psicossocial, pois, desde então, tinha-se em mente que a desospitalização a qualquer custo não traz benefício algum.

Nas palavras de Serafim e Barros (2010, p. 27): “No Brasil e no mundo, está comprovado que a mera redução dos leitos psiquiátricos acaba por criminalizar os pacientes, que, sem estrutura hospitalar adequada, terminam sendo presos por aparelhos policiais”.

Com a extinção dos leitos psiquiátricos sem que haja a efetiva assistência comunitária, unicamente provocam-se problemas de diversas ordens.

2.2 Política Nacional de Saúde Mental

No ano de 2001, “Saúde Mental: Cuidar Sim, Excluir Não” foi escolhido pela Organização Mundial de Saúde como o lema do Dia Mundial da Saúde (07 de abril). Este fato foi de fundamental importância para a aprovação da Lei Nacional, que havia anos tinha sido proposta.

2.2.1 Terminologia

A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, constituindo a referência de base da atual Política Nacional de Saúde Mental, é quem dá a denominação

²² “Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado”, conceito fundante da universalidade do acesso e responsabilidade do Estado, que vieram a constituir o SUS – Sistema Único de Saúde, em 1990. Introduziu-o pelo art. 198, como uma rede de ações e serviços de saúde. O SUS é financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (parágrafo único do art. 198 da CF). A execução dos serviços de saúde fica a cargo dos Municípios, com repasse de recursos dos governos federal e estaduais. “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

oficial para a questão da saúde mental: transtorno mental. Esta denominação, porém, é pouco definida e discutida.

Pela dificuldade de nomeação²³, muitas indagações surgem e restam sem resposta. Todavia, não há como deixar de se observar o fato de “transtorno”²⁴ ser uma palavra genérica, bem como o de não se chamar o sujeito de “transtornado”²⁵, em razão do caráter pejorativo que acompanha este vocativo. Essa definição abrange enfermidade, retardamento, transtornos de personalidades e dependência de drogas. Segundo a OMS (2005, p. 27), essa palavra é usada:

[...] para implicar a existências de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado na maioria dos casos a sofrimento e a interferência nas funções pessoais. O desvio ou conflito social por si sós, sem disfunção pessoal, não devem ser incluídos no transtorno mental conforme aqui definido.

Para abrandar a situação, o correto, hodiernamente, é que se diga “pessoa com transtorno mental”. Orienta-se, também, a não utilizar “portador”²⁶, apesar de esta ser uma palavra que, de certa forma, popularizou-se no âmbito das deficiências.

Por óbvio, termos como “louco”, “alienado”, “deficiente” e “doente”, utilizados por séculos, restam ultrapassados, em grande razão pelo estigma e pelo preconceito que geraram.

2.2.2 Processo de aprovação da Lei Nacional

A aprovação da Lei nº 10.216/2001 é resultado da organização de inúmeros profissionais da área da saúde e da sociedade civil, em particular do movimento de luta antimanicomial. Este dispositivo humaniza a assistência, determinando a gradativa desativação dos manicômios, promovendo a desinstitucionalização e, assim, a reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos. Na exposição de motivos do projeto de lei, constava a informação de que, no Brasil, existiam 120 mil leitos psiquiátricos. Em 2009, oito anos após a aprovação da Lei nº 10.216/2001, havia 35 mil deles. De acordo com o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, 200 mil era o número de internações desnecessárias, e o tempo médio de todas as internações era de 61 anos (COSTA, 2006).

²³ Nos EUA, denomina-se simplesmente como “desordem”.

²⁴ Houaiss: perturbação orgânica; situação imprevista e desfavorável; situação que causa incômodo a outrem.

²⁵ Houaiss: fora do juízo normal.

²⁶ Houaiss: aquele que carrega, leva, traz, transporta alguma coisa.

Analisando-se este número juntamente à expectativa de vida para a época²⁷ (ABDALA, 2014, *online*), nota-se que muitas pessoas passavam toda a vida internadas.

A desinstitucionalização é um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas enquanto sujeitos que sofrem. É provável que não se resolva por hora, não se cure agora, mas, no entanto, seguramente se cuida. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 33)

O texto final, aprovado em 2001, tem importantes diferenças em relação ao Projeto de Lei nº 3657/89, resultado das diversas mudanças introduzidas, ao longo de 12 anos, por seus relatores na Câmara e no Senado. O projeto original tinha três artigos que, sucintamente, determinavam: a extinção progressiva dos manicômios, sua substituição por serviços comunitários de diversas modalidades; a implantação da rede comunitária de serviços, associados a diversas iniciativas de proteção dos direitos do paciente e a promoção de sua integração social, e regulamentava a internação psiquiátrica involuntária.

Seu artigo 1º, integralmente dedicado à afirmação positiva dos direitos dos pacientes, na tendência dos direitos de terceira e quarta dimensão²⁸, incorpora a orientação geral da Resolução das Nações Unidas de 1991. A Lei de 2001 se fundamenta nos direitos, específicos e difusos, e na cidadania²⁹ plena dos pacientes.

Em seguida, o artigo 2º elenca nove direitos básicos, dentre os quais o da prioridade no tratamento comunitário, o que é reforçado em todo o artigo 4º, que estabelece a internação como uma modalidade de tratamento, a ser utilizada apenas nos casos em que é indispensável e por curto período de duração. Controle e limites da internação involuntária são um dos pontos a serem aperfeiçoados na aplicação concreta da Lei³⁰.

O artigo 5º trata dos pacientes de longa permanência em hospitais e deu origem à outra Lei, a de nº 10.708/03, que institui o Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2004).

²⁷ Nos anos 1980, era de 62,5 anos.

²⁸ O termo refere-se à construção histórica dos direitos (BOBBIO, 1992).

²⁹ “Processo de desenvolvimento dos direitos no interior das sociedades capitalistas” (MARSIGLIA, 1987, p. 13).

³⁰ A Lei nº 10.216/2001 cria a Comissão de Revisão das Internações, nos termos adotados pelo Conselho Federal de Medicina, estando em total consonância com os preceitos da ética médica, instituindo claros mecanismos de regulação para as internações consideradas inevitáveis. Estas devem ser devidamente justificadas pela equipe de saúde responsável pelo acompanhamento do paciente e não podem restringir totalmente sua autonomia, pois ele tem direito às informações sobre seu estado de saúde e o poder de escolher de forma voluntária sua entrada em uma instituição hospitalar. Para tal, o Ministério Público deve ser informado e exercer sua função de fiscalização, a qual também cabe à sociedade, tudo isso nos termos da Portaria nº 2.391 de 2002.

Os familiares dos pacientes, principalmente dos mais graves, internados durante longos períodos nos hospitais psiquiátricos, participaram de todo o processo legislativo e se organizaram em associações de abrangência nacional, mas, em geral, expressaram grande medo em relação à mudança do modelo de atenção, opondo-se a ela. Esses familiares, vistos, por isso, como adversários da Reforma Psiquiátrica, expunham sentimentos diversos. Em razão de, para eles, a ideia de tratamento desvinculado do hospital psiquiátrico ser inteiramente nova, havia muito receio. Somente quando os serviços comunitários materializaram-se, demonstrando, na prática, a humanização pretendida, depois da aprovação da Lei, é que essas pessoas passaram a expressar posições favoráveis à Reforma.

2.2.3 A rede de serviços do modelo de assistência comunitária

O novo modelo de tratamento baseia-se em assistência comunitária, moradias assistidas, centros de convivência, serviços de atenção e emergências psiquiátricas em hospitais gerais. Isso se dá marcadamente pela atuação terapêutica e ambulatorial dos CAPS, que constituem serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, evitando ao máximo o isolamento do indivíduo e qualquer tipo de tratamento invasivo.

Todo paciente terá o direito de ser tratado no ambiente menos restritivo e com o tratamento menos restritivo ou invasivo apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física das outras pessoas. O tratamento e atenção dados a cada paciente serão baseados em um plano individualmente prescrito, discutido com o paciente, regularmente. (Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e Melhoria da Atenção à Saúde Mental)

Os CAPS compõem uma nova fase da saúde mental e têm a intenção de substituir as internações em hospitais psiquiátricos, oferecendo cuidados diários para pacientes com transtornos mentais nas proximidades de sua residência, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

Um dos objetivos da Lei é que as pessoas recebam o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento, pois elas passaram a ter poder de voz, vontade e autonomia, e sejam tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, sem qualquer forma de discriminação; a Lei também reconhece a responsabilidade do Estado para com a assistência a elas e define os princípios e as diretrizes fundamentais para a implementação das políticas públicas de saúde mental.

Os CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM nº 224/92, sendo definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas, que contam com uma população estabelecida pelo nível local, e que devem oferecer atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional, constituída de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, e técnicos em enfermagem, que atuam sob a ótica interdisciplinar. Tratam-se de centros destinados a oferecer cuidados às pessoas com transtornos mentais realizando visitas domiciliares, atendimento medicamentoso, acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, atividades esportivas, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os Centros dão suporte às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ao Programa Saúde da Família (PSF), que compõem a rede básica de saúde, articulando-se estrategicamente. (BRASIL, 2004)

[...] incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de duas ou três refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais – para a execução deste tipo de procedimento. Portaria nº 189/1991. (Brasil, 2004: 239).

Tendo sempre os direitos humanos como norteadores do tratamento, o qual se caracteriza pela continuidade, através da rede CAPS e dos outros aparelhos que compõem o serviço de saúde mental, não se pode atribuir menor importância ao trabalho³¹ que é essencial à manutenção dos resultados. É através dele que o indivíduo pode realmente ter responsabilidade, a qual não deve ser simplesmente subtraída dos pacientes em razão de superproteção, já que, comprovadamente, esta é uma atitude que não auxilia no processo de inclusão social. As unidades terapêuticas oferecem terapias alternativas que fazem parte do processo de reabilitação e que possibilitam que as pessoas façam escolhas, tais como oficinas de vidraçaria, pastelaria, fabricação de cachecóis etc. (BRASIL, 2005)

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2010 e precedida pela Marcha dos Usuários, no ano anterior, abriu grande possibilidade para a construção de ações mais efetivas na área da geração de renda, orientada sob a diretriz da economia solidária, educação, assistência social, justiça, cultura etc., ampliando a abrangência do debate sobre direitos humanos. (BRASIL, 2010)

³¹ Historicamente, aponta-se que os pacientes que se entretinham com pequenos trabalhos manuais, jogos e leitura, recuperavam-se mais lentamente se comparados aos que trabalhavam na cozinha, com manutenção, jardinagem ou limpeza.

Nela, também se retomou a política de crianças e adolescentes, incorporando a questão da violência, das crianças de rua e do uso de crack (mais do crack que outras espécies de droga), corroborando fortemente a discussão dos direitos humanos e das medidas socioeducativas. (BRASIL, 2005a)

Nesta Conferência, a Secretaria de Direitos Humanos, que participou da sua convocação junto ao Ministério da Saúde, defendeu a proposta de instalação efetiva do Núcleo Brasileiro de Saúde Mental e Direitos Humanos. (BRASIL, 2006) O papel dele seria:

[...] contribuir para o aperfeiçoamento e a ampliação dos mecanismos de promoção e proteção dos direitos, combatendo o estigma, a intolerância, a discriminação, a exclusão social e os maus tratos às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2006, p. 02)

A questão dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental deve ser compartilhada como responsabilidade pela sociedade e pelo Estado. Os direitos humanos integram direitos e valores universais, nenhuma pessoa pode ser excluída desse respeito, e toda exclusão social é negação do humano.

Mecanismos mistos, como este Núcleo, ampliam a capacidade de monitoramento, defesa e proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. É importante dizer que este monitoramento deve voltar-se não apenas aos leitos de hospitais psiquiátricos ainda existentes no País – atualmente, são 32.800 pelo SUS; quando a lei foi promulgada, eram 53.000 (BRASIL, 2012) –, mas também sobre os serviços de hospital geral, os CAPS, os Centros de Convivência, as Residências Terapêuticas, bem como todos os outros serviços da rede de saúde mental comunitária.

O novo protagonismo do paciente, que passa a ser sujeito do tratamento, e não pura e simplesmente objeto deste, pois o foco deixa de ser a doença em si mesma, dá ensejo à preservação da capacidade do indivíduo de exercer e usufruir seus direitos e à capacidade de perceber o sentido da sua própria dignidade. Assim, pode-se observar a expressão da sua personalidade, e então a cura³² passa a fazer sentido, partindo-se do pressuposto de que ela é sempre destinada ao bem-estar último dos indivíduos.

Os transtornos mentais são problemas de natureza e solução distintas das doenças orgânicas; o problemático mental, além das necessidades comuns, tem necessidades especiais que se aguçam exponencialmente nos momentos de crise; integração e reintegração social plena são os suportes mais consistentes da cura; o exercício de direitos e liberdades individuais estarão sujeitos a limitações, exclusivamente com o

³² Aqui entendida como o controle do transtorno, alcançado pela continuidade do tratamento.

fim de assegurar os mesmos direitos e liberdades de outrem. O isolamento e a segregação comprometem o projeto terapêutico, impedem o exercício da cidadania e fragmentam a inserção social. (PADRÃO, 1992, p. 13)

Isso significa que, no contexto do tratamento médico, cada direito pessoal deve ser considerado como um “direito aos direitos”, isto é, como direito de manter a capacidade de exercer as faculdades e os poderes típicos do cidadão livre, bem como estimulá-la, proporcionando um ambiente que não só permita, mas seja capaz de resultar em um comportamento para cada direito: o paciente deve ser capaz de formar e expressar opiniões, de buscar conselhos, de compreender as relações interpessoais e seu papel nelas.

A Lei nº 10.216/2001 mudou a geografia da saúde mental no país, interiorizando serviços, abrangendo, inclusive, municípios de regiões outrora desassistidas, objetivando alcançar verdadeiramente a região onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e seus familiares. 32.290 leitos psiquiátricos em 2014. Estão em atuação no país 2.129 CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), 695 Residências Terapêuticas, 60 Unidades de Acolhimento, 119 consultórios de rua, 800 leitos em Hospitais Gerais para atendimento a pessoas com transtornos mentais e 28 CAPS 24h. Entre janeiro de 2010 e julho de 2013, foram 7.449 leitos a menos. Em 2010 eram 215 e, em 2014, são 178 hospitais especializados em psiquiatria com habilitação pelo SUS. Desse total, 103 CAPS estão no Ceará, bem como 103 leitos em hospitais gerais. Em Fortaleza, foram reduzidos 467 leitos de 2010 a 2013. (BRASIL, 2012)

A partir da extinção paulatina dos leitos psiquiátricos³³, o paciente retornou ao convívio no seio familiar, fato que faz a sua família ser tão protagonista quanto ele mesmo. Houve, pois, uma redefinição de papéis, conforme se comprova na “Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental”, resultado do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em Santos, dezembro de 1993. “O familiar deverá cuidar do seu parente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária. O familiar deverá colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente”.

O comprometimento dos familiares para o sucesso do modelo é simplesmente essencial, pois estes se tornaram parceiros que contribuem de forma efetiva para o sucesso do tratamento.

³³ Apesar de ser um marco na mudança do modelo de tratamento do transtorno mental, a Lei nº 10.216/01 não institui mecanismos claros para a extinção dos manicômios.

É imprescindível frisar que, com a desinstitucionalização, não houve uma mera “devolução” das pessoas que se encontravam internadas às suas famílias. Busca-se, ainda hoje, expandir cada vez mais a rede de atendimento extra-hospitalar, com o máximo de alternativas possíveis para a real integração social da pessoa com transtorno mental, bem como auxílio aos seus familiares, tendo em vista que passaram a ser cuidadores do membro da família que possui o transtorno. O amparo à família é tão importante quanto o apoio dispensado aos pacientes, pois é ela quem suporta a pesada carga emocional por muitas vezes não saber lidar com seu membro que necessita de cuidados especiais, ou por desconhecimento do transtorno, além das dificuldades materiais com as quais tem de conviver, eventuais privações e diversos outros ônus.

No modelo asilar de tratamento, a responsabilidade sobre a “doença” poderia ser atribuída à família, portanto ela era afastada do acompanhamento ao paciente.

A família surge como sujeito multifacetado, como aponta Rosa (2003): ela é a principal cuidadora do paciente, sendo, em grande parte, a responsável pelo contato deste com a sociedade de maneira geral, bem como pelo seu acesso aos serviços comunitários, seja para o tratamento cotidiano ou para o emergencial, em momentos de crise. Estes são, inclusive, abrangidos pelos CAPS.

Para lidar com as crises, amarrações e camisas de força³⁴ são firmemente criticadas, sendo consideradas ferramentas de contenção semelhantes às de tortura³⁵, formas de violência justificada, já que os fins parecem justificar os meios, dando ensejo à ocultação de muitas situações de abusos arbitrários, constituindo flagrante violação de direitos, bem como tratamento desumano, cruel e degradante, e devem ser utilizadas tão somente em situações excepcionais, de grande agitação psicomotora, configurando, pois, necessidade temporária, unicamente para possibilitar o início do tratamento.

³⁴ Durante mais de 50 anos, um dos recursos do tratamento psiquiátrico era utilizar uma camisa de lona resistente, com as mangas muito compridas e fechadas, que eram amarradas firmemente, com cordões. Os braços e a parte superior do corpo ficavam amarrados, impedindo movimentos violentos e deixando o paciente imobilizado. Este recurso, amplamente usado nos hospitais brasileiros, não raro era substituído por celas fortes, verdadeiras solitárias, onde o paciente permanecia até a remissão do seu surto. Esta prática perdeu sua importância com o advento dos neurolépticos. Em 1952, Jean Delay e Pierre G. Deniker obtiveram sucesso no tratamento de doenças mentais com uma nova substância – a clorpromazina. O medicamento mostrou-se capaz de reduzir a agitação psicomotora e diminuir a atividade alucinatória e delirante. Essa ação psicofarmacológica foi então chamada neurolepsia, e os novos medicamentos, neurolépticos. Inaugura-se uma nova fase da psiquiatria. Egas Moniz, Prêmio Nobel de fisiologia, em 1949, pela invenção da lobotomia, técnica cirúrgica que, ao destruir a substância branca dos lobos temporais do cérebro, provoca uma alteração da personalidade. Essa prática, recomendável em casos definidos como extremos no que concerne à agressividade e à dor, provoca uma deterioração cerebral irreversível. Os avanços da psicofarmacologia determinaram o declínio de tais intervenções. No Brasil, o emprego da lobotomia foi abolido em 1955.

³⁵ Relatório de João Mendes para a ONU, do ano de 2003, que fala de maus tratos.

O artigo 5º, inciso III da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que:

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: [...]
III – ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante; [...]. (BRASIL, 1988)

Coerção e restrição nunca são positivas para o tratamento, já que causam danos, muitos deles irreparáveis, ao paciente (VENTURINI, 2012). A restrição é claramente uma anomalia e jamais pode ser considerada como um ato terapêutico, pois ela desrespeita, agride e humilha o paciente.

Para esses casos, Venturini (2012) fala sobre a habilidade que os profissionais de saúde mental devem aprender a desenvolver, qual seja: a capacidade de criar uma aliança terapêutica com o paciente, evidenciando a importância dos relacionamentos interpessoais, penetrando na sua ilusão, a fim de ganhar a sua confiança.

O paciente deve ser aceito como um parceiro de direito no processo terapêutico. A relação terapeuta-paciente deve basear-se na confiança e respeito mútuos para permitir que o paciente tome decisões livres e informadas. É dever dos psiquiatras fornecer ao paciente informações relevantes de modo a capacitá-lo a tomar uma decisão racional de acordo com seus valores e preferências pessoais. (Declaração de Madri)

Venturini (2012) enfatiza que agir como tal significa ser profissional, implicando em negociar com o enfermo, não em manipulá-lo; continua o raciocínio ao dizer que essa é uma excelente forma de os profissionais de saúde mental readquirirem sua credibilidade, já que, historicamente, as internações estiveram associadas a mentiras na maioria dos casos, e arremata ao dizer que a função desses profissionais é ajudar as pessoas no exercício de sua liberdade em situações difíceis, levando em consideração primordialmente suas histórias de vida e experiências pessoais. Isso faz do CAPS um ambiente terapêutico, de acolhimento, promotor de novas formas de tratamento e convivência, facilitando as relações interpessoais.

Não se trata de diminuir a gravidade que uma crise pode ter, mas de lidar com ela de forma que respeite a pessoa que passa por ela.

Os defensores dos direitos do paciente alegam, antes de tudo, que o interesse deste deve ser preservado, e que levar seu ponto de vista em consideração sempre culmina em resultados positivos; em muitos casos, porém, o interesse médico ainda é o grande obstáculo

para tal. Alguns psiquiatras, por exemplo, continuam a considerar necessárias as contenções supramencionadas.

Faz-se mister, contudo, afirmar que os pacientes não são inerentemente agressivos, pois um dos “princípios básicos” que permeiam o imaginário social diz que aqueles tidos como loucos são perigosos (ELBOGEN; JOHNSON, 2009).

Neste sentido, Foucault (2012, p. 121) evidencia:

Ele era um perigo para seu círculo pessoal, e, contra esse perigo, seu círculo pessoal direto era exposto às suas fúrias. Era preciso, portanto, proteger esse círculo pessoal, donde a necessidade de priorizar o procedimento rápido do internamento ao procedimento longo da interdição.

Refletir sobre as contenções permite compreender em que medida as solenes proclamações do Direito são efetivamente implementadas para resolver a questão do cuidado, particularmente durante o tratamento psiquiátrico.

Em casos deste cunho, muitos são os direitos que se encontram em tela, tais como a preservação do corpo do paciente; da sua intimidade; autoimagem; liberdade pessoal; dignidade; autonomia; personalidade; possibilidade de escolher o médico e comunicar-se com quem julgar conveniente. Nenhum destes deve ser considerado como barreira imposta aos critérios terapêuticos, o foco deve ser o cuidado. Além disso, deve-se observar o papel desempenhado pelo Direito, o de promotor da igualdade, a qual elimina barreiras, pois a capacidade do paciente de gerenciar a própria vida não pode ser desconsiderada. A internação forçada viola totalmente essa autonomia, na medida em que desrespeita sua vontade, e deve ser entendida como medida subsidiária.

Nesse contexto, invocam-se os direitos fundamentais como escudo à disciplina psiquiátrica, opondo-se ao “poder soberano”, como direitos invioláveis do indivíduo.

Nos dizeres de Michelon (2010, p. 34):

[...] a nossa luta é para que os gestores públicos das três esferas de governo (municipal, estadual e federal) assegurem os direitos das pessoas portadoras (sic) de transtornos mentais, mediante efetiva implementação dos serviços substitutivos em todo o País, dando-se, assim, cumprimento ao princípio da dignidade da pessoa humana.

A rede de serviços e equipamentos é variada: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para

Casa, que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta política.

Os serviços substitutivos ao modelo asilar e apresentam diferentes modalidades de acordo com o porte populacional, de acordo com a Portaria nº 336/2002: existem CAPS tipo I, II e III, que atendem adultos em, respectivamente, áreas de 20.000 a 70.000 habitantes; 70.000 a 200.000; acima de 200.000. Os CAPS III funcionam 24 horas por dia, durante os sete dias da semana. Neles, há os CAPS ad, que atendem especificamente as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas³⁶, em áreas populacionais acima de 100.000 habitantes, e os CAPSi, que são responsáveis pela infância e juventude, para áreas de mais de 200.000 habitantes (BRASIL, 2004).

As Residências Terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2004) também são imprescindíveis, considerando-se que prezam pelo bem-estar e pelos direitos básicos com fins de moradia, dos egressos dos hospitais psiquiátricos com transtornos mentais graves, que passaram por longos períodos de internação. Elas são residências construídas nas cidades, a fim de acolhê-los, já que muitos deles encontravam-se em situação de rua quando foram internados, ou perderam o contato com suas famílias³⁷.

O auxílio “de volta para casa”, instituído pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, atendendo ao artigo 5º da Lei nº 10.216/2001, que hoje perfaz o valor de R\$ 320,00 é dado ao paciente mensalmente, durante um ano (prorrogável de acordo com a necessidade) na oportunidade de sua saída do hospital psiquiátrico onde se encontrava em situação de internação por dois anos ou mais, com o objetivo de ajudá-lo a retomar a vida. Essa quantia é muito criticada por ser ínfima, mas vale dizer que já houve iniciativa legislativa para tentar aumentá-la, vinculando-a ao salário mínimo³⁸.

A Portaria de nº 251/2002, que instituiu o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH), juntamente à de nº 52/2004, que criou o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, estabeleceram o redirecionamento dos recursos financeiros para a rede extra-hospitalar de atenção psiquiátrica,

³⁶ Drogas psicoativas podem servir como gatilho para o transtorno mental, desencadeando determinadas doenças em indivíduos que já possuam predisposição genética para tal. No entanto, tal predisposição ainda não pode, infelizmente, ser prevista pela Medicina.

³⁷ Importante dizer que os funcionários das residências fazem um trabalho de busca dos familiares dos pacientes, objetivando a retomada do convívio.

³⁸ Câmara dos Deputados: Projeto de Lei nº 1427/2007, Rebecca Garcia - PP/AM, Aumenta para R\$ 380,00 (trezentos e oitenta) reais o valor do auxílio-reabilitação psicossocial, arquivado em 31/01/2011; Senado: PL 3731/2012, Walter Tosta - PSD/MG, Aumenta para dois anos a duração do auxílio-reabilitação psicossocial e inclui como beneficiário os egressos de hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo SUS, que comprovarem hipossuficiência financeira, arquivado em 31/01/2015.

determinando a redução progressiva do número de leitos psiquiátricos, ambas regulamentando os preceitos trazidos pela Lei nº 10.216/2001.

Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.088, de dezembro de 2011, tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há iniciativas para tal, a exemplo da Portaria de nº 678/2006, que estabeleceu a Estratégia Nacional de Avaliação, Monitoramento, Supervisão e Apoio Técnico aos Centros de Atenção Psicossocial.

Dentre as principais diretrizes da RAPS, é importante destacar: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; promoção da equidade, combate a estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social para a promoção de autonomia e o exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de redução de danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

A Organização Mundial de Saúde, nas suas avaliações quinquenais dos países em relação à saúde mental, toma como primeiro elemento para analisar o avanço do acesso à saúde mental nos países a existência e uma lei nacional.

Em 2001, quando a Lei brasileira foi aprovada, a Assembleia Mundial da OMS teve como tema central a saúde mental, fato que contribuiu significativamente para que esta lei fosse sancionada, naquele mesmo ano, pelo Governo Federal.

Isto o Brasil levou à OMS, como contribuição para o ano internacional da saúde mental, acontecimento extremamente importante e reconhecido por todos os países como tal.

A OMS passou, pois, a acompanhar o processo brasileiro, que é um dos que a Organização cita como exemplo de enfrentamento à iniquidade no que tange à saúde mental, configurando compromisso concreto do Brasil com essa questão. Em todo o mundo, somente 10 países são dados como exemplo, dos 190 que fazem parte o sistema da ONU. (WHO, 2008).

Hoje, há uma campanha da Associação Brasileira de Psiquiatria, que tem por objetivo principal o combate ao preconceito contra a pessoa com transtorno mental e o psiquiatra, chamada de “A Sociedade Contra o Preconceito”. Ela vale para qualquer outro tipo

de preconceito. Como parte dela, há o Projeto de Lei nº 236/2012, que torna a psicofobia, que significa um conjunto de atitudes preconceituosas e discriminatórias em relação às pessoas com transtorno mental e às deficientes em geral, um crime.

Como parte da mudança sociocultural que está em curso, o dia 18 de maio foi instituído, no Brasil, como o dia nacional da luta antimanicomial, após a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental em 1987, na cidade de Bauru, São Paulo.

3 OS REFLEXOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO DIREITO INTERNACIONAL

O Direito Internacional é um instrumento essencial para a promoção e proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais das pessoas com transtorno mental e seus familiares. Muitas convenções, declarações, normas e resoluções foram firmadas em razão dos movimentos pró-direitos humanos e antimanicomiais que ensejaram a operacionalização da Reforma Psiquiátrica em todo o mundo, e todas elas levam em consideração o tratamento deplorável historicamente dispensado a essas pessoas pelos governos; surgiram, pois, para assegurar-lhes globalmente o mínimo possível, que diz respeito a tratamento humanitário, dignidade e direitos, considerado o seu caráter de vulnerabilidade.

Os direitos humanos constituem um complexo integral, único e indivisível, caracterizados pela universalidade, decorrente da dignidade inerente à condição de pessoa. A orientação internacionalista se traduz nos princípios da prevalência deles, tendo o Estado responsabilidade primária pela sua proteção, seguido pela comunidade internacional, que tem responsabilidade subsidiária.

De maneira geral, nesses documentos enfocam-se os direitos à saúde, vida, liberdade, integridade, igualdade, dignidade, autonomia, proteção judicial e às garantias processuais. Os países que os ratificaram têm a obrigação de seguir as diretrizes estabelecidas, comprovando as ações neste sentido, com o intuito de tornar efetivos o respeito às diferenças e a promoção dos direitos dessas pessoas; para tal, estão submetidos à fiscalização e monitoração por parte de organismos internacionais. Cabe ao indivíduo que sofreu a violação de direito a escolha do aparato jurídico mais favorável, tendo em vista que, muitas vezes, direitos idênticos são tutelados por mais de um tratado.

Voltam-se, em maioria, a todas as partes envolvidas na promoção de saúde mental: associações de profissionais da saúde mental e de usuários e familiares, ONGs, advogados, juízes, estudantes de direito etc., com o intuito de envolver a todos de maneira ativa e concreta na defesa dos direitos humanos, através da divulgação dos preceitos internacionais, de campanhas educativas, congressos, reuniões, participação dos meios de comunicação e publicações científicas.

Os sistemas de proteção dos direitos humanos têm sido ampliados com o advento de diversos tratados multilaterais de direitos humanos, não pertinentes só pertinentes a situações gerais, mas também a determinadas e específicas violações de direitos, que se voltam, fundamentalmente, à prevenção da discriminação e/ou à proteção de pessoas particularmente vulneráveis. Tem havido processo da especificação do sujeito de direito,

diversamente do que ocorria antes, pois os tratados eram endereçados a toda e qualquer pessoa, concebida em sua abstração e generalidade.

A relação íntima entre a questão da saúde mental e os direitos humanos se evidencia não somente pelo caráter de vulnerabilidade de que são dotadas as pessoas com transtorno mental, mas até mesmo pelo fato de os movimentos em prol dos direitos humanos delas serem a tônica dos últimos anos. Neste sentido, a OEA estabeleceu o decênio entre 2006 e 2016 como “Decênio das Américas: pelos Direitos e pela Dignidade das Pessoas com Deficiência”, que tem como lema “Igualdade, Dignidade e Participação”, visando à melhora na promoção desses direitos e à inclusão social.

3.1 Alguns instrumentos legais aplicáveis ao tema

Há poucos instrumentos de direito internacional concernentes aos direitos humanos voltados especificamente às pessoas com transtorno mental. Ainda, a maioria deles faz referência a estas de forma breve, fato que evidencia a necessidade da adoção de uma postura mais consistente da comunidade internacional em relação a esse tema.

3.1.1 Carta das Nações Unidas (26.06.1945)

Ratificada pelo Brasil em 21 de setembro de 1945 e promulgada pelo Decreto nº 19.841, de 22 de outubro de 1945.

Consolida, de forma decisiva, o movimento de internacionalização dos direitos humanos, a partir do consenso de Estados que elevam a promoção de tais direitos ao patamar de propósito e finalidade das Nações Unidas.

Seu art. 55 estabelece que os Estados-Partes devem promover a proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais.

3.1.2 Convenção para a Prevenção e Repressão do Crime de Genocídio (09.12.1948)

Foi o primeiro tratado internacional de proteção aos direitos humanos aprovado pela ONU. Os Estados signatários comprometeram-se, pela sua ratificação, a prevenir e punir o crime de genocídio. Foi ratificado pelo Brasil em quatro de setembro de 1951. Seu artigo 2º diz que o genocídio configura:

Art. 2º. Qualquer dos seguintes atos, cometidos com a intenção de destruir, no todo ou em parte, um grupo nacional, étnico, racial ou religioso, tal como: a) assassinato de membros do grupo; b) dano grave à integridade física ou mental de membros do grupo; c) submissão intencional do grupo a condições de existência que lhe ocasionem a destruição física total ou parcial; d) medidas destinadas a impedir os nascimentos no seio do grupo; e e) transferência forçada de crianças de um grupo para outro grupo.

Apesar da existência dessa convenção, ela não foi bastante para evitar massacres como aqueles ocorridos em Ruanda, além dos promovidos pelas ditaduras militares ao redor do mundo, a exemplo do próprio Brasil e do Camboja.

3.1.3 Declaração Universal dos Direitos do Homem (10.12.1948)

Ratificada pelo Brasil em 10 de dezembro de 1948. Constitui a “International Bill of Rights”, ou “Declaração Internacional de Direitos Humanos”, juntamente ao Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos e ao Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos de 1966. Sob o enfoque estritamente legalista, a Declaração Universal, em si mesma, não possui força jurídica obrigatória e vinculante, já que assume a forma de declaração³⁹. Tal entendimento ensejou o processo de “juridicização” da Declaração, com a elaboração desses dois pactos. Assim, inaugura-se o sistema normativo global de proteção desses direitos. A Declaração explicita em seu artigo 1º, como máxima premissa, que:

Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”, e diz que: “o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.

Em seu artigo 25, parágrafo 1º, afirma que “toda pessoa tem direito a um nível de vida adequado que lhe assegura, assim como a sua família, a saúde e, em especial, a alimentação, a vestimenta, a moradia, a assistência médica e os serviços sociais necessários”.

Assegura às pessoas humanas o direito de fundar uma família, estabelecendo o art. 16.3: “A família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito à proteção da sociedade e do Estado”.

³⁹ Apesar de haver quase 20 sinônimos usados em língua portuguesa para referir-se aos tratados e entender-se que a denominação é de uso livre e aleatório, entende-se por tratado “todo acordo formal concluído entre pessoas jurídicas de direito internacional público, e destinado a produzir efeitos jurídicos” (REZEK, 2010, p. 14).

3.1.4 *Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos – PIDCP (16.12.1966)*

Ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992 e promulgado pelo Decreto nº 592, de seis de julho de 1992. Seu Protocolo Facultativo foi ratificado pelo Brasil em 25 de setembro de 2009. Esse pacto é aplicabilidade imediata, devendo ser assegurados de plano pelos Estado-partes.

Uma de suas orientações básicas é a dignidade da pessoa humana:

[...] Em conformidade com os princípios enunciados na Carta das Nações Unidas, o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no Mundo; reconhecendo que estes direitos decorrem da dignidade inerente à pessoa humana; considerando que a Carta das Nações Unidas impõe aos Estados a obrigação de promover o respeito universal e efetivo dos direitos e das liberdades do homem [...].

Baseado nela, o Pacto prevê, em seu artigo 7º, que “ninguém será submetido à tortura nem a pena ou a tratamentos cruéis, inumanos ou degradantes. [...]”

Os direitos mais visados pelo Pacto (vida, liberdade, proteção judicial, família) de forma geral, são refletidos inúmeras vezes em convenções que firmadas posteriormente, o que corrobora a ideia de que a Declaração Internacional de Direitos Humanos é a fonte principal de diretrizes nesta questão, influenciando todos os documentos que lhe sucedem.

3.1.5 *Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC (16.12.1966)*

Ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992 e promulgado pelo Decreto nº 591, de seis de julho de 1992. Em 2012, 160 países eram signatários deste tratado, bem como do PIDISC. É de aplicação progressiva, tendo em vista que seus preceitos estão condicionados à atuação do Estado, que deve adotar medidas, até o máximo de seus recursos disponíveis, para materializá-los. Seu Protocolo Facultativo foi editado em 10 de dezembro de 2008.

Reconhecendo a importância singular da família, o Pacto dispõe:

Artigo 10º: Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem que: deve-se conceder à família, que é o núcleo natural e fundamental da sociedade, a mais ampla proteção

e assistência possíveis, especialmente para a sua constituição e enquanto ela for responsável pela criação e educação dos filhos.

Quanto à saúde, incluindo a mental, afirma:

“Artigo 12: 1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental. 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”.

Assim, atribui aos governos a responsabilidade na produção de políticas públicas eficazes à preservação dos direitos das pessoas em geral, estando abrangidas, pois, as com transtornos mentais, situando a questão em patamar prioritário.

3.1.5.1 Comentários gerais

São textos que representam a interpretação oficial e correta das convenções pelo órgão de supervisão de direitos humanos, como a Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, criada para monitorar o PISCP. Quanto aos comentários tecidos para as duas últimas convenções acima, frisam-se o de número 5, que detalhou a aplicação do PIDESC para pessoas com transtornos mentais, garantindo-lhes o direito à integração na comunidade, bem como o de número 18, que se preocupou com a discriminação contra essas pessoas, e o 14, visando a implementação do artigo 12 deste pacto.

3.1.6 *Convenção Americana de Direitos Humanos (22.11.1969)*

Também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, só entrou em vigor em 1978 e foi ratificada pelo Brasil em 25 de setembro de 1992, promulgada pelo Decreto nº 678, de 6.11.1992. Até dezembro de 2012, contava com 25 países⁴⁰ signatários, mas, nos termos de seu artigo 74, § 1º, encontra-se aberta, sem limite de tempo, para a adesão de todos os membros da OEA.

Seu Protocolo Adicional, conhecido como Protocolo de San Salvador, foi ratificado pelo Brasil em 21 de agosto de 1996.

⁴⁰ Somente os que fazem parte da OEA podem ratificar a Convenção.

Em seu art. 10 define que “Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”.

Assegura uma gama de direitos semelhantes àqueles arrolados pelo PIDISC. Sendo assim, também faz parte dela a proteção à família, vida, liberdade e privacidade, por exemplo.

Esta Convenção desenvolve os mecanismos de proteção específica dos direitos humanos regionalmente, bem como estabelece que os Estados comprometem-se a, progressivamente, efetivá-los (art. 26). Em seu art. 13, assegura que os pacientes recebam toda a informação necessária sobre o seu tratamento. Para tal, estabelece um aparato de monitoramento e implementação desses direitos, que é integrado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, nos termos de seu art. 33. A primeira é o órgão principal e autônomo da OEA, encarregado da proteção e da promoção dos direitos humanos na região, que tem como funções: fazer recomendações aos Estados membros da OEA sobre a adoção de medidas para contribuir com a promoção e a garantia dos direitos humanos; preparar estudos e relatórios; solicitar aos governos informações relativas às medidas adotadas concernentes à efetiva aplicação da convenção; submeter um relatório anual à Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos; examinar as comunicações entre os Estados, ou encaminhadas por um indivíduo ou grupos de indivíduos, ou ainda por entidade não governamental, que contenham denúncias de violação a direito consagrado pela Convenção por Estado que dela seja parte. Quanto à Corte, este é o órgão jurisdicional do sistema regional interamericano, de competência consultiva e contenciosa. No plano contencioso, a competência da Corte para o julgamento de casos é limitada aos Estados-partes da Convenção que reconheçam expressamente tal jurisdição⁴¹. Atente-se que apenas a Comissão Interamericana e os Estados-partes podem submeter um caso à Corte Interamericana, não estando prevista a legitimação do indivíduo. A Corte Interamericana possui jurisdição para examinar casos que envolvam a denúncia de que um Estado-parte violou direito protegido pela Convenção. Se reconhecer que efetivamente ocorreu a violação, ela determinará a adoção de medidas necessárias à restauração do direito. Ela poderá condenar o Estado a pagar uma justa compensação à vítima, tendo sua decisão força jurídica vinculante e obrigatória. Uma decisão neste sentido vale como título executivo. Propõe uma série de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais.

⁴¹ O Brasil reconheceu a competência da Corte pelo Decreto 4.463 de 08 de novembro de 2002.

O caso nº 11.427, de Victor Rosário Congo, ocorrido no Equador, em 1997, deu ensejo à interpretação dessa convenção em relação às pessoas com transtornos mentais, e foi o primeiro caso analisado pela CIDH (Comissão Interamericana de Direitos Humanos) com este conteúdo. Congo estava preso em um centro de detenção quando foi golpeado repetidas vezes por um guarda na cabeça. O detento já havia demonstrado sinais de demência, mas as pancadas agravaram sua situação, que culminou em sua morte. Em seu relatório, a Comissão condenou o Equador pela violação dos artigos 4º (direito à vida); 5.1 e 5.2 (direito à integridade física, psíquica e moral) e 25 (direito à proteção judicial) da Convenção.

3.1.6.1 As medidas cautelares

São mecanismos utilizados pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, também no âmbito da saúde mental, para a realização de proteção preventiva de casos graves e urgentes, com o fim de evitar danos irreparáveis às pessoas que se encontram em situação de perigo iminente.

Casos como o dos 400 pacientes⁴², dentre eles crianças, que viviam em condições deploráveis, insalubres e desumanas em um hospital neuropsiquiátrico no Paraguai, são exemplos da importância desses mecanismos, que foram adotados, nesta situação, no ano de 2003 (CIDH, 2015, *online*).

O resultado paraguaio foi a elaboração de um projeto de lei de saúde mental, de um centro para crianças e adolescentes com transtornos mentais, de novas unidades de saúde mental etc.

A Guatemala também fornece um exemplo dessa importância, o caso de Victor Manuel Morataya Carillo, um presidiário com sinais de transtorno mental que nunca havia sido avaliado por um psiquiatra. Ele vivia preso em uma jaula de dimensões mínimas (três metros de largura por dois metros de altura), dela saindo somente às sete da manhã, por quinze minutos, para ir ao banheiro, e às cinco da tarde, durante 25 minutos, para tomar banho. Como suas saídas eram somente essas, Victor fazia suas necessidades fisiológicas dentro da jaula. Além disso, dormia no chão, sem lençol nem travesseiro. Após as medidas, Carillo não foi encaminhado a um hospital psiquiátrico, mas foi transferido para uma cela de 20 m², de condições higiênicas, podendo sair para ir ao banheiro sempre que necessitasse, com entrada de luz e ventilação naturais, na qual recebia alimentação (CANTÓN, 2009).

⁴² MC 277-07.

3.1.7 Declaração de Direitos do Deficiente Mental (1971)

Primeiro instrumento específico sobre pessoas com deficiência. Nele são apresentados os direitos fundamentais da pessoa com deficiência mental, a saber: direito ao tratamento isonômico, à educação e à capacitação profissional, ao atendimento médico especializado, à reabilitação, a exercer uma atividade produtiva, a viver em família, a ser protegida contra explorações, abusos ou tratamentos degradantes e a ser assistida em processos judiciais.

3.1.8 Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (18.12.1979)

Ratificada pelo Brasil no dia primeiro de fevereiro de 1984. Editado seu Protocolo Facultativo em 15 de outubro de 1999, o qual também foi ratificado pelo Brasil, em 28 de junho de 2002. Até 2012, contava com 187 países signatários. Baseia-se na obrigação de eliminar a discriminação (art. 5º) e de assegurar a igualdade, o que deve ser providenciado de forma progressiva pelos Estados-partes. Apesar de voltar-se às mulheres de forma genérica, sem fazer menção expressa àquelas acometidas por transtornos mentais, todas as disposições desta Convenção aplicam-se também a estas.

3.1.9 Convenção das Nações Unidas contra Tortura e Outro Tratamento ou Punição Cruel, Desumano ou Degradante (10.12.1984)

Ratificada pelo Brasil em 28 de setembro de 1989 e promulgada pelo Decreto nº 40, de 15 de fevereiro de 1991. Seu Protocolo Facultativo foi assinado pelo Brasil em 12 de janeiro de 2007.

Em seu artigo 16, responsabiliza os Estados signatários quanto à prevenção de tratamentos degradantes, desumanos e cruéis, que podem materializar-se, por exemplo, “simplesmente” pela falta de higiene e alimentação.

Dispõe sobre situações graves, aplicando-se às pessoas com transtorno mental à medida que ações cruéis podem agravar o transtorno sofrido por um indivíduo. Fez, inclusive, inúmeras observações que se aplicam às práticas seguidas pelo saber psiquiátrico.

3.1.10 Convenção sobre os Direitos da Criança (20.11.1989)

Ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990 e promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 22 de novembro de 1990.

No artigo 9.3, ao falar dos pais separados, reflete o princípio da convivência familiar, afirmando que toda criança tem o direito de “manter regularmente relações pessoais e contato direto com ambos, a menos que isso seja contrário ao interesse maior da criança”.

Em seu art. 23 diz que as crianças acometidas de transtornos mentais também devem ter sua dignidade respeitada, além de desfrutarem de condições que garantam seu desenvolvimento em comunidade e autossuficiência. No art. 24, garante-lhes a saúde; no art. 25, assegura o direito às revisões periódicas do tratamento de crianças institucionalizadas.

3.1.11 Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Atenção à Saúde Mental (Princípios ASM, 1991)

Esses princípios norteiam a interpretação de diversas convenções, bem como a atuação dos organismos fiscalizadores, pois são considerados como o documento de direito internacional mais completo e detalhado no que diz respeito à proteção dos direitos de pessoas com transtorno mental. Eles estabeleceram padrões mínimos relativos a direitos humanos que devem ser observados na prática de saúde mental, definindo normas e criando proteções, que devem guiar os Estados na elaboração ou reformulação de suas legislações, mesmo que não sejam de cumprimento obrigatório. Além disso, esses princípios são importantes ao reconhecerem, como o fez a Declaração de Caracas (1990), que também é um parâmetro para interpretação, a importância do tratamento comunitário e do trabalho.

3.1.12 Regras Padrão para Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências (1993)

Conhecida como Declaração de Viena, é uma resolução que faz orientações revolucionárias de cunho político, estabelecendo a participação das pessoas com transtorno mental como cidadãs, o que passa a ser internacionalmente considerado como direito humano. Elas consagram que todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados.

3.1.13 Recomendação 1235 sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994)

Adotada pelo Conselho Europeu, estabelece critérios para a internação involuntária, afirmando que esta deve ocorrer somente em situações excepcionais, e proibições visando ao não cometimento de abusos por parte dos profissionais de saúde mental, os quais devem receber treinamento adequado, bem como estabelece que os direitos humanos dos pacientes com transtorno mental devem ser respeitados. Para tal, várias medidas são mencionadas, sendo uma delas o fornecimento de informação precisa e detalhada ao paciente relativa ao seu estado de saúde e transtorno mental.

3.1.14 Carta Social Europeia (1996)

Obriga os Estados signatários a protegerem os direitos fundamentais dos seres humanos de maneira geral. Em seu artigo 11, faz expressa garantia à saúde; no artigo 15, prevê direitos de integração social e vida em comunidade para as pessoas com deficiências. Esta é uma Carta que não menciona diretamente as pessoas com transtornos mentais, mas que também se aplica a elas, dado o caráter de generalidade do seu endereçamento.

3.1.15 Declaração de Madri (1996)

Foi adotada em Assembleia Geral da Associação Mundial de Psiquiatria (World Psychiatric Association – WPA), refletindo a preocupação também existente nos profissionais da saúde mental no que concerne ao respeito às pessoas com transtorno mental. Os pontos mais relevantes desse documento são a valorização da relação com o paciente, a qual deve desenvolver-se de modo a considera-lo parceiro no tratamento, e o caráter de excepcionalidade da adoção de tratamento involuntário.

3.1.16 Legislação de Atenção à Saúde Mental: Dez Princípios Básicos / Diretrizes para a Promoção dos Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais (1996)

Funcionam como um guia complementar para interpretação e compreensão dos Princípios ASM, bem como para a elaboração de legislação própria pelos países que ainda não o fizeram. Consistem em: promoção da saúde mental e prevenção dos transtornos mentais; acesso à atenção básica em saúde mental; avaliações de saúde mental em

conformidade com princípios internacionalmente aceitos; cláusula de tipo menos restritivo de atenção à saúde mental; autodeterminação; direito a ser assistido no exercício da autodeterminação; disponibilidade de procedimento de revisão; mecanismo automático de revisão periódica; tomador de decisão qualificado; respeito ao império da lei (WHO, 2005).

3.1.17 Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiências (1999)

Ratificada pelo Brasil em 15 de agosto de 2001. Esta é a primeira convenção internacional que trata especificamente dos direitos de pessoas com transtornos mentais. Orienta a integração social, a organização de serviços comunitários e sua distribuição equitativa, a assistência aos familiares, a iniciativa para a proteção aos direitos humanos, o combate à discriminação e ao preconceito.

Em seu artigo 1º, prega a não discriminação; no art. 5º, a manutenção integridade pessoal; no art. 7º, o direito à proteção judicial; nos artigos 8º e 25, direito às garantias judiciais; no art. 24, a igualdade.

Em 2007, formou-se um Comitê para averiguar o progresso e a efetivação as medidas previstas pela Convenção, formado por um representante designado por cada Estado Parte, bem como para que os signatários trocassem experiências.

3.1.18 Declaração de Montreal sobre a Deficiência Intelectual (2004)

Em seu 1º parágrafo, afirma que as pessoas com deficiências intelectuais, igualmente aos demais seres humanos, têm direitos básicos e liberdades fundamentais que estão consagrados em diversas convenções, declarações, normas e padrões internacionais existentes. Orienta aos Estados membros da OEA (Organização dos Estados Americanos) que efetivem as medidas trazidas pela Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência. Também se baseia no histórico tratamento degradante dispensado às pessoas com transtornos mentais, como lição que a humanidade jamais deverá deixar que se repita, com base nos direitos humanos. Enfoca a igualdade, a inclusão social, a vida em comunidade, a importância do trabalho, a informação, o respeito às diferenças e o cuidado com as famílias. Reitera a responsabilidade coletiva para o sucesso dos novos padrões ao se referir ao Estado, à família, aos profissionais de saúde mental e às associações e organizações internacionais.

3.1.19 Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos (2005)

Contempla a questão da vulnerabilidade humana, bem como a necessidade de proteção a determinados indivíduos e grupos caracterizados como vulneráveis. A própria OMS estabelece como questão central no tema da saúde mental a vulnerabilidade de pessoas com transtornos mentais, enfatizando a necessidade que elas têm de proteção especial. O artigo 8º do referido diploma é claro ao dizer que os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa, sem qualquer forma de discriminação.

Art. 24. [...]

c) Os Estados devem respeitar e promover a solidariedade entre Estados, bem como entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades, com atenção especial para aqueles tornados vulneráveis por doença ou incapacidade ou por outras condições individuais, sociais ou ambientais e aqueles indivíduos com maior limitação de recursos.

Essas medidas protetivas devem garantir o respeito à dignidade da pessoa, conforme diretriz da Bioética da Proteção, já que no artigo 1º do diploma legal é expressamente reconhecida a vulnerabilidade das pessoas portadoras de transtornos mentais.

3.1.20 Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (13.12. 2006)

Ratificada pelo Brasil no dia primeiro de agosto de 2008, juntamente ao seu Protocolo Facultativo, ambos aprovados pelo Decreto Legislativo nº 186/08, de nove de julho de 2008. Nos termos do art. 5º, §3º, da CF/88, tem status constitucional.

A inovação deste diploma está no reconhecimento explícito de que o meio ambiente econômico e social pode ser causa ou fator de agravamento de deficiência. Aqui, a ideia de deficiência é aplicada de forma teleológica ao transtorno mental, principalmente se observado que, quase sempre, ele está acompanhado da pobreza e exclusão social.

3.1.21 O comportamento brasileiro diante do contexto internacional

No que se refere à posição do Brasil perante o sistema internacional de proteção dos direitos humanos, observa-se que, ao longo do processo de democratização, o Estado brasileiro passou a aderir a importantes instrumentos internacionais de direitos humanos,

integrantes dos sistemas global e regional, aceitando expressamente a legitimidade das instâncias internacionais quanto ao cumprimento conferido pelo País às obrigações internacionalmente assumidas concernentes aos direitos humanos.

A Constituição de 1988 adota os direitos humanos como parâmetro obrigatório, que deve reger o Estado, nos termos de seu artigo 4º, inciso II: “A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios: [...] II – prevalência dos direitos humanos; [...]”. Segundo ela, os direitos e garantias expressos em seu texto “não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (art. 5º, § 2º). Assim, incluem-se dentre os direitos constitucionalmente protegidos os enunciados nos tratados internacionais de que o Brasil seja signatário.

É alentador que as conquistas do direito internacional em prol da proteção do ser humano venham a projetar-se no direito constitucional, enriquecendo-o, e demonstrando que a busca de proteção cada vez mais eficaz da pessoa humana encontra guarida nas raízes do pensamento tanto internacionalista quanto constitucionalista. Isso vem revelar a coincidência de objetivos entre o direito internacional e o direito interno quanto à proteção da pessoa humana. (MARQUES JÚNIOR, 2014, p. 37)

Ainda por força de seu art. 5º, § 2º, todos os tratados de direitos humanos são materialmente constitucionais (MARQUES JÚNIOR, 2014, p. 38).

O quórum qualificado introduzido pelo § 3º do mesmo artigo adiciona um lastro formalmente constitucional aos tratados ratificados. Assim, os tratados de direitos humanos formalmente constitucionais são equiparados às emendas à Constituição, isto é, passam a integrá-la formalmente. Surgem, pois, duas categorias de tratados internacionais de proteção de direitos humanos: os materialmente constitucionais e os material e formalmente constitucionais. Os demais tratados internacionais têm força hierárquica infraconstitucional, nos termos do art. 102, III, b, da própria CF/88.

Ainda assim, há um debate intenso na doutrina e na jurisprudência quanto ao status que os tratados internacionais de direitos humanos passam a ter quando integram o ordenamento jurídico brasileiro. Conforme aponta Flávia Piovesan, são quatro as principais opiniões: a primeira reconhece sua natureza supranacional; a segunda, constitucional; a terceira, de lei ordinária; e a última, supralegal.

Os direitos constantes nos tratados internacionais com força constitucional, como os demais direitos e garantias individuais consagrados pela Constituição, constituem cláusula pétrea e não podem ser abolidos por meio de emenda à Constituição, nos termos de seu art.

60, § 4º. Dessa forma, os tratados internacionais de direitos humanos materialmente constitucionais são suscetíveis de denúncia por parte do Estado signatário (MAZZUOLI, 2015, *online*), enquanto os tratados de direitos humanos material e formalmente constitucionais são insuscetíveis de denúncia, já que receberam assento formal no texto constitucional.

O marco inicial do processo de incorporação de tratados internacionais de direitos humanos pelo Direito brasileiro foi a ratificação, em 1º de fevereiro de 1984, da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher. A partir dessa ratificação, muitos outros instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos foram também incorporados pelo Direito brasileiro.

As consequências efetivas das incorporações desses tratados evidenciam-se pelo exemplo de que, em 2003, o Comitê de avaliação do PIDESC avaliou o Brasil, a fim de dimensionar a efetivação das medidas propostas pelo Pacto (OHCHR, 2004).

Como resultado, há mais pontos negativos que positivos. Apesar de reconhecer a edição de medidas de importância fundamental, como a promulgação da Constituição de 1988 e do Código Civil de 2002, o Comitê faz várias observações concernentes à preocupação que tem quanto à desigualdade social ainda grave no País, à falta de serviços públicos e de pessoal capacitado, ao preconceito etc. Para melhorar o quadro nacional, foram feitas sugestões e recomendações, como a melhora dos programas de capacitação em direitos humanos, a adoção de medidas imediatas para a efetivação do exercício de todos os direitos assegurados pelo pacto etc.

O Programa Nacional de Direitos Humanos também reflete a orientação internacional nas ações brasileiras. Instituído inicialmente pelo Decreto nº 1.904 de 13 de maio de 1996, este programa encontra-se em sua terceira reformulação, o PNDH-3, aprovado pelo Decreto nº 7.037 de 21 de dezembro de 2009. Dentre seus objetivos, lista claramente a preocupação com a saúde mental e a reforma psiquiátrica dentre vários dos objetivos estratégicos de suas diretrizes⁴³.

3.1.21.1 O caso Damião Ximenes Lopes

No dia 17 de agosto de 2006, a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), tribunal máximo da Organização dos Estados Americanos (OEA) para a questão,

⁴³ Um exemplo: Diretriz 7, Objetivo Estratégico IV, e) e s).

condenou o Brasil pela morte por espancamento de Damião Ximenes Lopes, de 30 anos, ocorrida no dia quatro de outubro de 1999, três dias após sua internação na Clínica de Repouso Guararapes, instituição psiquiátrica privada conveniada com o SUS, em razão de síndrome psicótica, localizada no município de Sobral, no Estado do Ceará.

Este fato tem importância histórica: além de tratar-se da primeira decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos da OEA sobre o Brasil, foi o primeiro pronunciamento dela sobre violações de direitos humanos de pessoas com transtornos mentais (CIDH, 2006).

Contra o Brasil, foi alegada a violação aos artigos 4º (direito à vida)⁴⁴, 5º (direito à integridade pessoal)⁴⁵, 8º (direito às garantias judiciais)⁴⁶ e 25 (direito à proteção judicial)⁴⁷, da Convenção Americana sobre Direitos Humanos.

⁴⁴ “Artigo 4º - Direito à vida: 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente. 2. Nos países que não houverem abolido a pena de morte, esta só poderá ser imposta pelos delitos mais graves, em cumprimento de sentença final de tribunal competente e em conformidade com a lei que estabeleça tal pena, promulgada antes de haver o delito sido cometido. Tampouco se estenderá sua aplicação a delitos aos quais não se aplique atualmente. 3. Não se pode restabelecer a pena de morte nos Estados que a hajam abolido. 4. Em nenhum caso pode a pena de morte ser aplicada a delitos políticos, nem a delitos comuns conexos com delitos políticos. 5. Não se deve impor a pena de morte a pessoa que, no momento da perpetração do delito, for menor de dezoito anos, ou maior de setenta, nem aplicá-la a mulher em estado de gravidez. 6. Toda pessoa condenada à morte tem direito a solicitar anistia, indulto ou comutação da pena, os quais podem ser concedidos em todos os casos. Não se pode executar a pena de morte enquanto o pedido estiver pendente de decisão ante a autoridade competente.”

⁴⁵ “Artigo 5º - Direito à integridade pessoal: 1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. 2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada de liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano. 3. A pena não pode passar da pessoa do delinquente. 4. Os processados devem ficar separados dos condenados, salvo em circunstâncias excepcionais, e devem ser submetidos a tratamento adequado à sua condição de pessoas não condenadas. 5. Os menores, quando puderem ser processados, devem ser separados dos adultos e conduzidos a tribunal especializado, com a maior rapidez possível, para seu tratamento. 6. As penas privativas de liberdade devem ter por finalidade essencial a reforma e a readaptação social dos condenados.”

⁴⁶ “Artigo 8º - Garantias judiciais: 1. Toda pessoa terá o direito de ser ouvida, com as devidas garantias e dentro de um prazo razoável, por um juiz ou Tribunal competente, independente e imparcial, estabelecido anteriormente por lei, na apuração de qualquer acusação penal formulada contra ela, ou na determinação de seus direitos e obrigações de caráter civil, trabalhista, fiscal ou de qualquer outra natureza. 2. Toda pessoa acusada de um delito tem direito a que se presuma sua inocência, enquanto não for legalmente comprovada sua culpa. Durante o processo, toda pessoa tem direito, em plena igualdade, às seguintes garantias mínimas: a) direito do acusado de ser assistido gratuitamente por um tradutor ou intérprete, caso não compreenda ou não fale a língua do juízo ou tribunal; b) comunicação prévia e pormenorizada ao acusado da acusação formulada; c) concessão ao acusado do tempo e dos meios necessários à preparação de sua defesa; d) direito do acusado de defender-se pessoalmente ou de ser assistido por um defensor de sua escolha e de comunicar-se, livremente e em particular, com seu defensor; e) direito irrenunciável de ser assistido por um defensor proporcionado pelo Estado, remunerado ou não, segundo a legislação interna, se o acusado não se defender ele próprio, nem nomear defensor dentro do prazo estabelecido pela lei; f) direito da defesa de inquirir as testemunhas presentes no Tribunal e de obter o comparecimento, como testemunhas ou peritos, de outras pessoas que possam lançar luz sobre os fatos; g) direito de não ser obrigada a depor contra si mesma, nem a confessar-se culpada; e h) direito de recorrer da sentença a juiz ou tribunal superior. 3. A confissão do acusado só é válida se feita sem coação de nenhuma natureza. 4. O acusado absolvido por sentença transitada em julgado não poderá ser submetido a novo processo pelos mesmos fatos. 5. O processo penal deve ser público, salvo no que for necessário para preservar os interesses da justiça.”

Durante o processo, a enfática demonstração pelo Brasil dos avanços da Reforma Psiquiátrica, que tem um de seus pilares sedimentados no respeito aos direitos humanos e de cidadania das pessoas com transtornos mentais, conduziu o Estado brasileiro a não ocultar sua responsabilidade no caso, no que se refere aos aspectos de saúde.

Assim, o país reconheceu a responsabilidade estatal pela morte de Damião, em virtude de ele encontrar-se, à época, sob os cuidados hospitalares do SUS, mas argumentou que vinha tomando todas as medidas para a não-repetição, conceito importante nos tribunais de direitos humanos, que obriga o país a comprovar que está providenciando as medidas para que o ataque aos direitos humanos não se repita.

Essas medidas eram a própria edição da Lei nº 10.216/2001, a criação do Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos (ensejada por este caso), a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, os meios de fiscalização e fechamento de estabelecimentos como a Clínica Guararapes, o Programa De Volta para Casa e a substituição do modelo de atendimento centrado em hospitais pela rede de serviços comunitários.

O Brasil foi condenado a indenizar os familiares de Damião Ximenes, garantir a celeridade na investigação e a punição dos responsáveis pelo fato, além de garantir a não-repetição de casos semelhantes, através da consolidação da mudança do modelo de atenção à saúde mental, que já estava em curso e com resultados reconhecidos pela Corte. O constrangimento (*embarrassment*) político e moral provocado pela Corte ao Estado violador tem o intuito de servir como estímulo para reformas internas.

Após o fato, o serviço comunitário de saúde mental de Sobral recebeu o nome de CAPS Damião Ximenes Lopes.

⁴⁷ “Artigo 25 - Proteção judicial: 1. Toda pessoa tem direito a um recurso simples e rápido ou a qualquer outro recurso efetivo, perante os juízes ou tribunais competentes, que a proteja contra atos que violem seus direitos fundamentais reconhecidos pela Constituição, pela lei ou pela presente Convenção, mesmo quando tal violação seja cometida por pessoas que estejam atuando no exercício de suas funções oficiais. 2. Os Estados-partes comprometem-se: a) a assegurar que a autoridade competente prevista pelo sistema legal do Estado decida sobre os direitos de toda pessoa que interpuser tal recurso; b) a desenvolver as possibilidades de recurso judicial; e c) a assegurar o cumprimento, pelas autoridades competentes, de toda decisão em que se tenha considerado procedente o recurso.”

4 A ENTIDADE FAMILIAR

A família é uma instituição cultural criada pelos homens, não um dado natural ou biológico, na qual se constituem e se compartilham experiências frutos da existência humana, sendo instrumento de realização do ser humano e de seu desenvolvimento pessoal em busca da felicidade, ou seja, em torno da qual a própria sociedade se organiza.

Ela pode ser definida como grupo de pessoas que vivem sob o mesmo teto; que têm uma ancestralidade em comum ou provêm do mesmo tronco; ligadas entre si pelo casamento e pela filiação; unidas por mesmas convicções ou interesses ou que provêm do mesmo lugar. (HOUAISS, 2008).

A família é o seio de estruturação da vida psíquica de seus componentes, cuja dinâmica é “marcada por fortes componentes emocionais que estruturam de forma profunda a personalidade de seus membros” (REIS, p. 104).

Nela encontram-se as qualidades fundamentais para que tal ocorra: amor, afeto, respeito, união e confiança.

[...] que deixou de ser, essencialmente, um núcleo econômico e de reprodução, passando a ser o espaço do amor, do companheirismo e do afeto, os novos elementos da organização jurídica da família. [...] A família moderna deixa de ser entendida como mera instituição jurídica para assumir uma nova roupagem, voltada para a promoção da personalidade humana, mais contemporânea e afinada com o princípio da dignidade da pessoa humana. A família não pode mais ser entendida como um fim em si mesmo, ninguém casa ou nasce para a família, ao contrário, a família agora deve ser entendida como ninho familiar, lugar privilegiado, onde a pessoa casa ou nasce para desenvolver a sua personalidade em busca da felicidade, para a construção de um mundo melhor. (SILVA, 2006, p. 86)

Ouvi-la e compreender como ela percebe o transtorno vivenciado por seu membro atingido por ele é imprescindível em razão do papel que ela desempenha no processo de formação pessoal e ressocialização desses indivíduos, já que seu papel social de criação e formação de filhos nunca lhe foi afastado.

Os familiares, muitas vezes, não são os responsáveis somente pela convivência direta e diária com o paciente, mas também por cuidar dele, auxiliando-o nas tarefas mais simples do dia-a-dia, como banhá-lo, vesti-lo e alimentá-lo. São eles que o levam até o local de assistência comunitária, que o amparam em momentos de doença ou crise, que se preocupam e que o amam. Por isso, eles precisam ter informações suficientes sobre o transtorno de seu membro acometido por ele, bem como sobre os tratamentos disponíveis, a fim de compreenderem a situação e lidarem com ela da melhor forma.

A família contemporânea é vista sob o viés democrático, segundo o qual há um compartilhamento de responsabilidades entre os seus membros, baseado na solidariedade familiar. A partir desta, evidenciam-se os deveres transindividuais de cuidar⁴⁸ e conviver.

Várias legislações no mundo reconhecem a importância da convivência familiar para o bem-estar da pessoa com transtorno mental. Na Nova Zelândia, por exemplo, assegura-se que:

Os poderes legislativos devem ser exercidos ou os procedimentos conduzidos: a) com o devido reconhecimento da importância e significado para a pessoa de seus laços com sua família, whanau⁴⁹, hapu⁵⁰, iwi⁵¹ e grupo familiar; e b) com o devido reconhecimento das contribuições desses laços ao bem-estar da pessoa; [...]. (OMS, 2005)

Além disso, os familiares devem ter o direito de contribuir para a formulação e implementação do melhor tratamento para o paciente, principalmente se o grau do transtorno foi alto e ele não puder exprimir sua vontade claramente e sozinho. No mesmo sentido, devem estar cientes de todo o processo para eventual internação, bem como dos recursos que lhes assistem em caso de internação compulsória.

Dessa forma, devido à carga emocional e socioeconômica atribuída à família, é indiscutível a necessidade que esta possui de receber atendimento e apoio da assistência comunitária.

4.1 Origem histórica

Tanto o Direito grego quanto o romano ignoravam o afeto como elo principal entre os membros das famílias.

Há indícios de que a família patriarcal tenha surgido em Roma, e por isso se diz que essa foi a primeira forma de instituição familiar, na qual os membros estavam ligados não obrigatoriamente pelos laços consanguíneos, mas pela subordinação ao *pater famílias*. O homem, chefe, líder, guia da família, tinha autoridade sobre a mulher e os filhos, além de ser dotado de direitos que os demais membros da família não possuíam. Todavia, Fustel de

⁴⁸ O cuidado é considerado valor jurídico, corolário da dignidade da pessoa humana, dado seu caráter transdisciplinar, tendo forte presença nos estatutos que tutelam pessoas vulneráveis, como a criança e o idoso. Das relações familiares decorrem deveres e responsabilidades relacionadas a ele, tendo em vista os princípios da solidariedade e da igualdade

⁴⁹ Grupos da família ampliada.

⁵⁰ Subtribos formadas por vários whanau.

⁵¹ Tribos constituídas por várias hapu.

Coulanges critica essa visão, a qual é largamente compartilhada, ao dizer que o patriarcalismo foi simplesmente consequência dos princípios religiosos, tidos como norteadores e base da família em razão da tradição dos antepassados.

Sem dúvida, não foi a religião que criou a família, mas foi certamente a religião que lhe deu regras, resultando daí que a família antiga recebeu uma constituição muito diferente da que teria tido se houvesse sido constituída baseando-se apenas nos sentimentos naturais. A antiga língua grega tinha uma palavra muito significativa para designar família; dizia-se *epístion*, palavra que significa literalmente *aquilo que está perto do fogo*. Uma família era um grupo de pessoas às quais a religião permitia invocar os mesmos manes, e oferecer o banquete fúnebre aos mesmos antepassados. (COULANGES, p. 59)

O espaço de convivência familiar, o lar, não estava sujeito à proteção pública. Dessa forma, várias formas de abuso poderiam ocorrer, inclusive às crianças, sem que houvesse punição ao homem líder da família.

A família brasileira em muito herdou as características patriarcais da família romana, que predominaram por séculos, mas, com o tempo, arrefeceram. À medida que ocorria o desenvolvimento das civilizações, o direito da cidade impôs-se com maior vigor, sobrepôs-se ao doméstico, e sacrificou em parte a autoridade do *pater famílias*. (PEREIRA, 369).

A concepção de hoje baseia-se no afeto, na solidariedade entre seus membros e na comunhão de vida. Os motivos fundamentais que uniam a família antiga – procriação e dependência econômica, por exemplo – não são mais tão presentes nos dias de hoje, tendo em vista as várias mudanças ocorridas ao longo dos anos. Uma verdadeira quebra de paradigma, a qual exerceu grande influência sobre essa nova realidade, foi a independência da mulher.⁵²

Na família moderna, todos os membros têm dignidade. Conforme aponta Lôbo (2011, p. 62):

Consumaram-se na ordem jurídica as condições e possibilidades para que as pessoas, no âmbito das relações familiares, realizem e respeitem reciprocamente suas dignidades como pais, filhos, cônjuges, companheiros, parentes, crianças, idosos, ainda que a dura realidade da vida nem sempre corresponda a esse desiderato.

Assim, pode-se depreender que, ainda que as condições de vida não sejam as mais favoráveis em determinado momento, a dignidade humana nunca deve ser perdida de vista,

⁵² Tal se confirma pela edição do Estatuto da Mulher Casada, de 1962, e da Lei do Divórcio, de 1977, que lhe deram liberdade do poder marital.

levando-se em consideração o fato de ela ser um valor intrínseco a cada ser humano indistintamente.

4.2 A proteção dada pelo Direito Brasileiro atualmente

Independentemente de sua verdadeira origem, fato é que esse foi o tipo familiar protegido pela legislação brasileira até boa parte do século XX, desde o período colonial. Os novos valores sociais, refletidos e protegidos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, mudaram esse quadro, considerando-se que o Brasil passou a ser um Estado Democrático de Direito. Apesar disso, o Direito não acompanha as mudanças da sociedade de forma concomitante, prova deste fato é que hoje existem diversas formas de família, as quais são legítimas e devem, mesmo assim, ser protegidas pela legislação.

Todas essas mudanças trouxeram novos ideais, provocaram um ‘declínio do patriarcalismo’ e lançaram as bases de sustentação e compreensão dos Direitos Humanos, a partir da noção da dignidade da pessoa humana, hoje insculpida em quase todas as constituições democráticas. (PEREIRA, 2003, p. 5-6)

Assim, os princípios que regem a família no Direito Brasileiro são baseados nos direitos humanos: respeito à dignidade da pessoa humana (base da comunidade familiar); solidariedade; igualdade dos cônjuges e dos companheiros; igualdade jurídica de todos os filhos; paternidade responsável e planejamento familiar; comunhão plena de vida.

Sobre isso, salienta Pereira (2003): torna-se imperativo pensar o Direito de Família na contemporaneidade com a ajuda e pelo ângulo dos Direitos Humanos, cuja base e ingredientes estão, também, diretamente relacionados à noção de cidadania.

4.2.1 Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

A proteção dada pela Constituição, em seus artigos 226 a 230⁵³, reflete esses princípios e baseia-se em ideais de humanidade, solidariedade, pluralidade e democracia.

⁵³ “Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

§ 1º O casamento é civil e gratuita a celebração.

§ 2º O casamento religioso tem efeito civil, nos termos da lei.

§ 3º Para efeito da proteção do Estado, é reconhecida a união estável entre o homem e a mulher como entidade familiar, devendo a lei facilitar sua conversão em casamento.

§ 4º Entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

§ 5º Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.

Nos termos do art. 226, a família, que é sujeito de direitos e deveres, é a base da sociedade e terá especial proteção do Estado, sendo tratada observando-se o princípio da dignidade da

§ 6º O casamento civil pode ser dissolvido pelo divórcio. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 66, de 2010)

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

§ 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

§ 2º A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.

§ 3º O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:

I - idade mínima de quatorze anos para admissão ao trabalho, observado o disposto no art. 7º, XXXIII;

II - garantia de direitos previdenciários e trabalhistas;

III - garantia de acesso do trabalhador adolescente e jovem à escola; (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

IV - garantia de pleno e formal conhecimento da atribuição de ato infracional, igualdade na relação processual e defesa técnica por profissional habilitado, segundo dispuser a legislação tutelar específica;

V - obediência aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, quando da aplicação de qualquer medida privativa da liberdade;

VI - estímulo do Poder Público, através de assistência jurídica, incentivos fiscais e subsídios, nos termos da lei, ao acolhimento, sob a forma de guarda, de criança ou adolescente órfão ou abandonado;

VII - programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

§ 4º A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.

§ 5º A adoção será assistida pelo Poder Público, na forma da lei, que estabelecerá casos e condições de sua efetivação por parte de estrangeiros.

§ 6º Os filhos, havidos ou não da relação do casamento, ou por adoção, terão os mesmos direitos e qualificações, proibidas quaisquer designações discriminatórias relativas à filiação.

§ 7º No atendimento dos direitos da criança e do adolescente levar-se-á em consideração o disposto no art. 204.

§ 8º A lei estabelecerá: (Incluído Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

I - o estatuto da juventude, destinado a regular os direitos dos jovens; (Incluído Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

II - o plano nacional de juventude, de duração decenal, visando à articulação das várias esferas do poder público para a execução de políticas públicas. (Incluído Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

Art. 228. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial.

Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§ 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§ 2º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos.”

pessoa humana, essencial para sua efetivação, com destaque para a função social da família, e o Estado assegurará sua assistência na pessoa de cada um dos que a integram.

4.2.2 Código Civil de 2002 (Lei nº 10.406/02)

Este diploma legal dedica um Livro inteiro, o número IV, que compreende os artigos de nº 1.511 a 1.783, para tratar de temas concernentes ao Direito de Família, mas também é possível encontrar, de forma dispersa em seu texto, outros dispositivos que tratem de temas que lhe envolvam.

No artigo 1.513, por exemplo, tutela-se a “comunhão de vida instituída pela família”, que é claramente orientada pela ideia de solidariedade na família, bem como a mútua assistência moral e material entre cônjuges e companheiros e o dever de prestar alimentos a parentes, nos artigos 1.566, 1.724 e 1.694, respectivamente.

Relacionado essa entidade às pessoas com transtorno mental, a partir do Código Civil podem ser inferidas responsabilidades a ela atribuídas, a exemplo da declaração de incapacidade de um de seus membros, nos termos do artigo 3º⁵⁴.

Art. 3º. São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:
[...]
II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos [...]. (BRASIL, 1916)

A partir dessa declaração, impõe-se a curatela:

Art. 1.767. Estão sujeito à curatela⁵⁵:
I – aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os atos da vida civil; [...].

O Código atual inovou ao prever a incapacidade relativa:

Art. 4- São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer:
II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo [...]

⁵⁴ O Código Civil de 1916 seguia um modelo autoritário e excludente: Art. 5a São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: II - os loucos de todo gênero [...]” Este Código trazia, também, a criticada expressão “loucos de todo gênero” para descrever a ausência de saúde mental para o ato jurídico.

⁵⁵ Função de curador exercida por pessoa encarregada de administrar bens.

Aqui, o legislador referiu-se a duas categorias de restrição mental, mas, de forma geral, ambas compreendem pessoas de discernimento mental reduzido para a prática de atos. É importante observar, também, que a redução de capacidade mental, em qualquer situação, pode desaparecer, através tratamento ou educação adequada. Assim, somente uma perícia médica poderá atestar a cessação do estado de incapacidade.

Esses dispositivos, em considerando o sujeito com transtorno mental incapaz para a vida prática civil, ensejam a sua interdição, procedimento legal utilizado para o reconhecimento jurídico desta condição, visto pelo Direito como forma de proteger os seus interesses.

Nesta matéria, grandes discussões são suscitadas em relação à autonomia do sujeito, bem como à sua capacidade de discernimento, já que ele passa a ser representado, em todos os seus atos públicos, por um curador.

Mesmo que haja a possibilidade de interdição parcial, o que se nota no dia-a-dia jurídico é que quase a totalidade das interdições é completa, tendo em vista, principalmente, o recebimento do benefício pago pela Previdência Social, a Prestação Continuada⁵⁶, que consiste no repasse de um salário mínimo mensal ao beneficiário.

4.2.3 Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei nº 8.069/90)

Este diploma legal visa a assegurar todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana dos jovens, que são pessoas em desenvolvimento, nos termos do seu artigo 3º, e a total prioridade dos direitos referentes às suas dignidades, de acordo com os artigos 4º, 15 e 18 do mesmo diploma legal. Art. 19. Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família.

Crianças e adolescentes são considerados sujeitos de direitos. Porém, nas legislações anteriores, não o eram, como se depreende do conteúdo do Código de Menores de 1927, Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. Apesar de o ECA existir há 25 anos, a visão menorista instituída pelo diploma legal que o antecedeu ainda não foi completamente extinta da sociedade.

A questão da família em relação às crianças e aos adolescentes requer a elaboração e a implementação de política pública específica e inter-setorial, tendo em vista

⁵⁶ Instituída pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7/12/1993. No caso das pessoas com transtorno mental, basta que se comprove a ausência de meios próprios ou de sua família para suprir sua subsistência

que demanda ações nas áreas da assistência social, psicologia, saúde, educação etc. Também é preciso que o Conselho Tutelar, o Ministério Público e o Poder Judiciário atuem de forma conjunta, a fim de alcançar o melhor interesse da criança, independentemente da situação concreta. Além disso, é de fundamental importância que sejam respeitados os princípios da autonomia da família e da responsabilidade parental⁵⁷, cabendo ao Estado auxiliar a família, mas jamais substituí-la no desempenho de seu imprescindível papel no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Neste sentido, junto àquilo que preceituam os direitos humanos:

O princípio do melhor interesse significa que a criança – incluído o adolescente, segundo a Convenção Internacional dos Direitos da Criança – deve ter seus interesses tratados com prioridade, pelo Estado, pela sociedade e pela família, tanto na elaboração quanto na aplicação dos direitos que lhe digam respeito, notadamente nas relações familiares, como pessoa em desenvolvimento e dotada de dignidade. (LÔBO, 2011, p. 75)

Este princípio também se encontra consagrado nos artigos 4º e 6º do Estatuto em questão.

4.2.4 Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03)

Os idosos também compõem um grupo considerado como vulnerável, ao lado dos jovens e das pessoas com transtornos mentais, precisando de atenção e proteção especial do Poder Público, bem como de medidas para garantir-lhes vida digna.

Seguindo a Constituição de 1988 em seu artigo 230, o art. 3º desse Estatuto⁵⁸ atribui também à família responsabilidade sobre a efetivação de direitos e necessidades fundamentais do idoso, embora o que se perceba, dia a dia, seja o abandono deste por parte de sua família. O inciso V deste artigo prioriza a vivência do idoso junto a ela, no mesmo sentido da orientação que se faz às pessoas com transtorno mental. Apesar disso, em relação ao idoso ainda existe a possibilidade de vida em asilo.

⁵⁷ Art. 100, § único, IX, do ECA: “Art. 100. Na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Parágrafo único. São também princípios que regem a aplicação das medidas: IX - responsabilidade parental: a intervenção deve ser efetuada de modo que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o adolescente; [...]”.

⁵⁸ “Art. 3º. É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. [...] V - priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência; [...]”.

O artigo 10⁵⁹, por sua vez, prevê a importância da atenção aos direitos de cidadania do idoso, bem como reitera a sua integração na comunidade e na vida familiar; no mesmo sentido, dispõe o art. 44⁶⁰. Visa-se não somente ao seu bem-estar, mas também à justiça social, ao direito de envelhecer de forma digna.

O artigo 18⁶¹, por sua vez, reflete a necessidade de atendimento por pessoal adequado, a qual também faz parte da questão da saúde mental. Porém, em ambas as situações, há a dificuldade de garantir o que a Lei prevê, tendo em vista os entraves impostos à fiscalização.

4.3 A família como direito humano ante a dignidade da pessoa humana

A ideia geral e abstrata de que o ser humano possui um valor intrínseco e irrenunciável nasceu com os preceitos cristãos. Atualmente, a valorização desse caráter indissociável da pessoa está presente em várias Constituições⁶² e legislações de outros países, representando a base axiológica dos direitos fundamentais, devido ao fato de ter se tornado um consenso ético no mundo inteiro após a Segunda Guerra Mundial e as barbáries perpetradas pela ideologia nazista. Todavia, antes de estar ligada a essa dimensão igualitária, foi considerada como prerrogativas aristocrática, de nobreza, atribuída às pessoas que detinham alguma espécie de poder.

Nas palavras de Reale (1963, p. 63):

O processo de objetificação histórica levou a uma conquista axiológica, qual seja, a do reconhecimento do valor da pessoa humana enquanto “valor-fonte” de todos os valores sociais, e, destarte, o fundamento último da ordem jurídica, tal como formulado seja pela tradição do jusnaturalismo moderno, seja pela deontologia, no âmbito do paradigma da Filosofia do Direito.

⁵⁹ “Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis. [...] § 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos: [...] V - participação na vida familiar e comunitária.”

⁶⁰ “Art. 44. As medidas de proteção ao idoso previstas nesta Lei poderão ser aplicadas, isolada ou cumulativamente, e levarão em conta os fins sociais a que se destinam e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.”

⁶¹ “Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.”

⁶² Constituição da República Portuguesa – art. 1º: “Portugal é uma República soberana, baseada, entre outros valores, na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”; Constituição da República Italiana de 1947 – art. 3º: “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei sem distinção de sexo, raça, língua, religião, opinião política e condições pessoais e sociais”; Lei Fundamental da Alemanha, de 1949 – art. 1.1: “A dignidade do homem é intangível. Respeitá-la e protegê-la é obrigação de todo o poder público”.

Como se depreende, o ser humano passou a ser considerado como fonte do ordenamento jurídico, elevado ao ápice em razão da sua dignidade. Dela decorre o respeito à sua integridade física e psíquica, à liberdade, à igualdade⁶³ e ao mínimo de bens materiais necessários à vida.

A preocupação com a promoção dos direitos humanos e da justiça social levou o constituinte a consagrar a dignidade da pessoa humana como valor nuclear da ordem constitucional.

Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:
[...] III – a dignidade da pessoa humana; [...]. (BRASIL, 1988)

A dignidade humana e os direitos e garantias fundamentais vêm a constituir os princípios constitucionais que incorporam as exigências de justiça e dos valores éticos, conferindo suporte axiológico ao sistema jurídico brasileiro.

Considerar a dignidade como princípio, porém, não é um consenso, mas ela é, antes de tudo, um valor moral. Para Alexy (2011), a dignidade da pessoa humana pode assumir o caráter de princípio ou de regra, a depender do contexto em que se aplica. Quando princípio, o autor admite que ela seja passível de sopesamento, ou seja, que entre em choque com outro princípio, fato que lhe caracteriza como não absoluto; quando regra, não pode ser restringida nem violada, o que lhe torna absoluta.

No Brasil, de forma geral, considera-se absoluta, não sendo possível que haja sua relativização ou ponderação, já que serve como critério fundamental de ponderação de interesses constitucionais (SARMENTO, 2003).

Apesar de esta ser uma declaração de cunho moral e ético, vê-se que também é norma positivada, ou seja, de caráter formal e material, dotada de eficácia (SARLET, 2010). Mas, além de fundamento, a dignidade é meta do Estado, que deve fazer esforços permanentes para a sua proteção e promoção a todos indistintamente.

O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. [...] Com efeito, o problema que temos diante de nós não é filosófico, mas jurídico e, num sentido mais amplo, político. Não se trata de saber quais e quantos são esses direitos, qual a sua natureza e seu fundamento, se são direitos naturais ou históricos, absolutos ou relativos, mas sim qual é o modo

⁶³ “A igualdade se converte aí no valor mais alto de todo o sistema constitucional, tornando-se o critério magno e imperativo de interpretação da Constituição em matéria de direitos sociais” (BONAVIDES, 2011, p. 374).

mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados. (BOBBIO, 1992. p. 24-25)

O princípio da dignidade humana é o mais universal de todos os princípios. É um macroprincípio do qual se irradiam todos os demais: liberdade, autonomia privada, cidadania, igualdade e solidariedade, uma coleção de princípios éticos (PEREIRA, 2006).

Sarmiento (2003, p. 60) fala da dignidade da pessoa humana nas relações familiares: “Representa o epicentro axiológico da ordem constitucional, irradiando efeitos sobre todo o ordenamento jurídico e balizando não apenas os atos estatais, mas toda a miríade de relações privadas que se desenvolvem no seio da sociedade”.

Silva (2006, p. 82) faz essa abordagem sob três aspectos:

[...] em primeiro lugar, a funcionalização das entidades familiares à realização da personalidade de seus membros, em particular dos filhos; em segundo lugar, a despatrimonialização das relações entre os consortes e entre pais e filhos; e, em terceiro lugar, a desvinculação entre a proteção conferida aos filhos e a espécie de relação existente entre os genitores.

Dessa forma, a referida autora corrobora a ideia de que a família é o lugar natural de desenvolvimento pessoal de seus membros e que o afeto é o elemento que os une substancialmente, sendo esta entidade a propulsora da busca de cada pessoa que lhe compõe pelo bem-estar próprio e dos que lhe rodeiam.

4.3.1 A dignidade humana e a igualdade

A igualdade, segundo Dworkin (2005), é a virtude soberana de um Estado, sem ela o governo não passa de tirania. Assim, a implementação do direito à igualdade é tarefa fundamental a qualquer projeto democrático, já que, em última análise, a democracia significa a igualdade no exercício dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. A busca democrática requer fundamentalmente o exercício em igualdade de condições dos direitos humanos. Se a democracia confunde-se com a igualdade, a implementação do direito à igualdade, por sua vez, impõe tanto o desafio de eliminar toda e qualquer forma de discriminação como o desafio de promover a igualdade.

Como princípio fundamental, consagra, entre os objetivos do Brasil, construir uma sociedade livre, justa e solidária, mediante a redução das desigualdades sociais e a promoção do bem de todos, sem quaisquer formas de discriminação (art. 3º, I, III e IV).

O Estado não tem apenas o dever de abster-se de praticar atos que atentem contra a dignidade humana, mas também deve promover essa dignidade através de condutas ativas, garantindo o mínimo existencial para cada ser humano em seu território. (SARMENTO, 2003, p. 71)

Portanto, ao lado do direito à igualdade, surge, também, como direito fundamental, o direito à diferença⁶⁴. A Constituição Brasileira, em seu artigo 5º, inciso XLI, estabelece que “a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais”. Importa o respeito à diferença e à diversidade, o que assegura às pessoas com transtorno mental um tratamento especial:

[...] temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades. (SANTOS, 2003, p. 56)

As diferenças não devem legitimar tratamento desigual. Apesar disso, a igualdade não despreza as diferenças culturais nem naturais.

4.3.2 A dignidade humana e a solidariedade

A solidariedade apresenta-se como elo dos direitos inter-subjetivos e só passou a ter valor jurídico a partir da edição da CF/88, pois até então não passava de valor moral. Segundo Bonavides (2011, p. 259), o princípio da solidariedade serve como oxigênio da Constituição, conferindo unidade de sentido para o texto.

O direito a viver em família segue o primeiro dos direitos humanos, que é o direito à vida, e é uma entidade sujeito de direitos fundamentais ligados à ideia de fraternidade, protegida por diversos instrumentos legais internacionalmente reconhecidos. Considerando as relações familiares e a idissolubilidade da dignidade da pessoa humana em relação à solidariedade:

Com efeito, também (mas não exclusivamente) por sua natureza igualitária e por exprimir a ideia de solidariedade entre os membros da comunidade humana, o princípio da dignidade da pessoa vincula também no âmbito das relações entre os particulares. (SARLET, 2010, p. 128)

⁶⁴ A ideia de igualdade compreende, hoje, todas as formas de vida historicamente excluídas, outrora desconsideradas como sujeitos.

A solidariedade na família deve ser compreendida principalmente em relação à assistência moral e material entre cônjuges, companheiros e filhos. Em relação a estes, quando crianças ou adolescentes, o ECA dispõe sobre a solidariedade em seu artigo 4º.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A epidemia de instituições manicomiais no século XIX e as práticas higienistas do século XX não foram inteiramente superadas, muito embora se viva uma espécie de evolução no entendimento da questão psiquiátrica no decorrer dos últimos 30 anos. Não se pode negar que o poder da institucionalização ainda vive, em razão dos estigmas (GOFFMAN, 1974) criados pelo passado, resultados da desinformação aliada ao preconceito, e que até pouco tempo atrás era a única forma de tratamento oferecida às pessoas com transtorno mental.

Com a Lei da Reforma Psiquiátrica, foi possível a realização da mudança do sistema de tratamento, através da desinstitucionalização. Todavia, há uma discrepância entre o que se propõe com este dispositivo legal e a prática da saúde mental, principalmente no dia-a-dia do sustentáculo da Reforma, os CAPS, em razão de restar obnubilada a questão relativa à mudança do pensamento da sociedade como um todo, o que se agrava a partir do momento em que esta passa a ser vista como um dos protagonistas do tratamento das pessoas com transtorno mental, ponto fundamental para a mudança de práticas. Tal se afirma considerando-se a premissa de que o responsável pelo sucesso dos novos paradigmas não é unicamente o sistema de saúde, mas também a comunidade, que deve atuar de forma conjunta e complementar, sendo peça-chave, pois hoje o debate da Saúde Mental não é mais, como não deve mesmo ser, uma discussão de especialistas, encastelada na instituição psiquiátrica⁶⁵. O tratamento deve objetivar o melhor interesse do paciente, a minimização de seu sofrimento decorrente do transtorno e a melhora em sua qualidade de vida.

Na esteira dessa complexidade, para que a mudança almejada seja sedimentada, é necessária uma abordagem holística do assunto, dado seu caráter inter-setorial e transdisciplinar, com a construção de parcerias e redes sociais⁶⁶ que visem à mudança de pensamento, à desconstrução de preconceitos, e não somente a uma mera alteração nos serviços, reduzindo todo o processo ao SUS (Sistema Único de Saúde).

⁶⁵ O psiquiatra, quando predominava o tipo de tratamento manicomial, ocupava posição de supremacia e autoridade, protegido pelo caráter de neutralidade que a ciência possuía. Ainda hoje existe essa pretensa ideia de superioridade, pois a situação do paciente sob os cuidados médicos denota um desequilíbrio intrínseco, em razão da sua vulnerabilidade.

⁶⁶ “Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções de assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.” (BRASIL, 2004: p. 12).

A saúde deve ser vista como direito em si mesma⁶⁷, como parte integrante do direito à vida e como qualidade dela, respeitando-a, protegendo-a e amparando-a, e direito à saúde mental também significa o direito de ser sempre assistido, como diz Amarante (2005), para que o paciente não se esqueça dos seus direitos.

Apesar dessas inovações, somente 2,38% do orçamento anual do SUS são destinados para a Saúde Mental. É necessário empreender esforços para a ampliação desses recursos, ressaltando-se que a Organização Mundial da Saúde recomenda mais que 5% do orçamento global da saúde (OMS, 2011).⁶⁸

Afirma-se que essa nova rede de serviços apresenta muitas potencialidades e lacunas, fato reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), sendo, por isso, um modelo controverso e divisor de opiniões. É certo que o processo de transição é lento, mas deve ocorrer de forma proporcional e paulatina, a fim de não deixar a população desassistida ou assistida de forma precária. No mesmo sentido, além das condições socioeconômicas, precisam ser levadas em consideração as condições psicológicas dos pacientes e de seus familiares, que precisam ter conhecimento completo da legislação para maximizar os benefícios trazidos por ela.

Hoje, mais de dez anos após a promulgação da Lei nº 10.216/2001, ainda há inegável defasagem entre a necessidade das pessoas com transtornos mentais e seus familiares e a disponibilidade dos serviços de assistência comunitária, fato que caracteriza a luta pela justiça social e pelo respeito à dignidade humana como processo constante, que requer esforços permanentes, inclusive por meio de organizações, como a Rede Mundial de Usuários e Sobreviventes de Psiquiatria e as Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial.

Uma das medidas prementes para que essa realidade mude, é a promoção de treinamento e formação para os profissionais de saúde mental, seguindo os preceitos das diretrizes internacionais, pois eles são os responsáveis pela instrumentalização do tratamento nos serviços comunitários previstos pela legislação. É preciso que esses profissionais tenham

⁶⁷ CF/88, 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.

⁶⁸ A densidade de leitos psiquiátricos proporciona uma estimativa da capacidade nacional para tratar sérios transtornos mentais, que requerem breves ou longos cuidados, e deve ser interpretada juntamente a outros recursos de saúde mental, já que os leitos muitas vezes concentram uma grande proporção de todos os recursos alocados para a assistência em saúde mental. No caso do Brasil, atualmente são 32.29% do total de recursos destinados à saúde mental.

conhecimento deste instrumento legal, bem como saibam proceder no dia-a-dia à luz de suas orientações.⁶⁹

Impõe-se, no âmbito global, a instituição de um Tribunal Internacional de Direitos Humanos, como órgão jurisdicional com o poder de proferir decisões com força jurídica vinculante e obrigatória aos Estados que violem estes direitos. Faz-se necessária, também, a adoção do mecanismo de petição individual por todos os tratados internacionais de proteção de direitos humanos, já que esse mecanismo permite o acesso direto dos indivíduos aos órgãos internacionais de monitoramento. Para o Brasil, é prioritária a revisão de declarações restritivas elaboradas, por exemplo, quanto à Convenção Americana de Direitos Humanos, bem como a reavaliação da posição do País a respeito de cláusulas e procedimentos facultativos, principalmente a aceitação dos mecanismos de petição individual e comunicação interestatal previstos nos tratados ratificados, e a urgência na ratificação de tratados internacionais ainda pendentes.

A realização plena dos direitos da cidadania envolve o exercício efetivo e amplo dos direitos humanos, nacional e internacionalmente assegurados. Para assegurar a igualdade não basta apenas proibir a discriminação, são essenciais as estratégias promocionais capazes de estimular a inserção e inclusão desse grupo socialmente vulnerável na sociedade. O Brasil deve adotar medidas que assegurem eficácia aos direitos constantes nos instrumentos internacionais de proteção, principalmente os que dispõem acerca da igualdade; reabilitação e reinserção social; prevenção; melhora da saúde e da qualidade de vida – através do acesso aos serviços comunitários, medicamentos e tratamentos adequados-; sanção a violações como maus tratos e abuso sexual; do combate à pobreza; exercício de liberdades fundamentais. Na esteira do pensamento de Bobbio: “[...] uma coisa é falar dos direitos do homem [...] outra coisa é garantir-lhes uma proteção efetiva”. (1992, p. 63).

⁶⁹ A Comissão Interamericana de Direitos Humanos verificou que no continente americano, os usuários dos serviços de saúde mental, suas famílias, os profissionais envolvidos na área, advogados, juízes e demais pessoas envolvidas na promoção e na proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais não têm conhecimento suficiente das diretrizes internacionais nem da legislação interna que os protegem. Além disso, verificou que, na maioria dos países, as convenções e as regulamentações não foram incorporadas aos ordenamentos jurídicos internos (WHO, 2005).

REFERÊNCIAS

ABDALA, V. Expectativa de vida do brasileiro sobe 12,4 anos entre 1980 e 2013, mostra IBGE. **Agência Brasil**, 1 dez. 2014. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-12/expectativa-de-vida-do-brasileiro-aumenta-124-anos-entre-1980-e-2013>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

ALEXY, R. **Teoria dos direitos fundamentais**. Trad. Virgílio Afonso da Silva. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2011.

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, São Paulo, n. 43, p. 100-25, set./nov. 1999.

ALVES, C. F. O.; RIBAS, V. R.; ALVES, E. V. R.; VIANA, M. T.; RIBAS, R. M. G.; MELO JÚNIOR, L. P.; et al. Uma breve história da reforma psiquiátrica. **Neurobiologia**, v. 72, n. 1, p. 85-96, jan./mar. 2009.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-4, jul./set. 1995.

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

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

AROUCA, S. **Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP); ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB); CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM); FEDERAÇÃO NACIONAL DE MÉDICOS (FENAM); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROPSICOLOGIA (SBNp). **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: ABP, 2014. Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BANDEIRA, M.; LESAGE, A.; MORISSETE, R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 12, p. 659-66, 1994.

BARRETO, F. P. **O aberto e o fechado**. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/5807385/o-aberto-e-o-fechado---francisco-paes-barreto>>. Acesso em: 18 maio 2015.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Trad. Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial**: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. 2006. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 588-94, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 13 abr. 2015.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 13 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados 10**, Ano VII, n. 10, mar. 2012. Brasília, 2012. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 28p. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/multicentrica/sade-mental-em-dados-14323312>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural da Saúde. **Memória da loucura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRITTO, R. C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01**: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública.

CANTÓN, S. A. El derecho internacional como un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad mental: La experiencia del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. In: COHEN, H. (org.). **Salud mental y derechos humanos**: vigencia de los estándares internacionales. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2009. p. 41-76.

CARVALHO NETTO, M. Uma reflexão constitucional acerca dos direitos fundamentais do portador de sofrimento ou transtorno mental em conflito com a lei. **Veredas do Direito**, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p. 67-80, jul./dez. 2005.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto 2: os domínios do homem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Medidas Cautelares otorgadas por la CIDH**. Disponível em: <<http://www.oas.org/es/cidh/ppl/proteccion/cautelares.asp#inicio>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

COSTA, J. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. In: **Ministério da Saúde Legislação em Saúde Mental – 1990 – 2000**. Brasília: 2000. p. 9-10. (Série E – Legislação em saúde, n. 4).

DELGADO, P. G. G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

_____. No Litoral do Vasto Mundo: Lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: VENÂNCIO, A. T.; CAVALCANTI, M. T. (orgs.). **Saúde mental: campo, saberes e discursos**. Rio de Janeiro: Edições IPUB, 2001.

_____. Perspectivas da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil. In: TUNDIS, A. S.; COSTA, N. do R. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 4. ed. Petrópolis: Vozes; Abrasco, 1994.

_____. **Reforma Psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo**. 1992.

DELGADO, P. O espírito da Lei nº 10.216/01. **Consulex**, ano XIV, n. 320, 15 maio 2010.

DIAS, M. K. **Centros de Atenção Psicossocial: do modelo institucional à experiência social da doença**. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

DWORKIN, R. **A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ELBOGEN, E. B.; JOHNSON, S. C. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Arch. Gen. Psychiatry**., v. 66, n. 2, p. 152-61, 2009.

FOUCAULT, M. **El Poder Psiquiátrico**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

_____. **História da loucura: na Idade Clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. Mathias Lambert. Rio de Janeiro: Coletivo Sabotagem, 1990.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GONÇALVES, C. R. **Direito civil das Famílias**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

JACOBINA, P. V. **Direito penal da loucura**: medida de segurança e reforma psiquiátrica. Brasília: ESMPU, 2008.

LÔBO, P. **Direito Civil**: Família. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicominal e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MACEDO, C. F. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, n. 1017, 14 abr. 2006. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/8246>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

MARQUES JÚNIOR, W. P. Abertura e o tratamento prioritário dos direitos humanos na ordem jurídico-constitucional brasileira de 1988. In: MACHADO SEGUNDO, H. B. (Coord.). **Direito Constitucional**: os 25 anos da Constituição Federal de 1988: homenagem do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: Expressão, 2014.

MARSIGLIA, R. G. **Saúde mental e cidadania**. São Paulo: Mandacaru, 1987.

MAZZUOLI, V. Poder Executivo não pode denunciar tratados sem participação do Congresso. **Consultor Jurídico**, 23 fev. 2015. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2015-fev-23/valerio-mazzuoli-executivo-nao-denunciar-tratados-congresso>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MICHELON, P. R. P. A liberdade e o militante antimanicomial. **Consulex**, ano XIV, n. 320, 15 maio 2010.

MOREIRA, M. I. B.; ANDRADE, A. N. Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 4, n. 02, p. 249-66, 2003. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/362/36240206.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 43-50, 2003.

MOURA FÉ, I. A. Doença mental e autonomia. **Bioética**, v. 6, n. 1, p. 71-9, 1998. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/327/395>. Acesso em: 14 abr. 2015.

NAFFAH NETO, A. O estigma da loucura e a perda da autonomia. **Bioética**, v. 6, v. 1, p. 81-7, 1998. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/328>. Acesso em: 14 abr. 2015.

ODA, A. G. R. M.; DALGALARRONDO, P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 128-59, mar. 2004. - <http://www.redalyc.org/pdf/2330/233017778012.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OHCHR). **Compilación de observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre países de América Latina y el Caribe (1989 - 2004)**. Santiago: OHCHR, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: cuidar sim, excluir não**. 2005. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf> Acesso em: 22 mar. 2015.

PACHECO, J. G. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência**. Curitiba: Juruá, 2009.

PADRÃO, M. L. O Estatuto do Doente Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 37, p. 11-15, 1992.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátricas no Brasil: as contradições dos anos 1970s. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241-58, maio/ago. 2004.

PEREIRA, C. M. S. **Instituições de Direito Civil**. 22. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014. v. 5.

PEREIRA, R. C. Família, direitos humanos, psicanálise e inclusão social. **Revista Brasileira de Direito de Família**, v. 16, p. 5-6.

_____. **Princípios fundamentais e norteadores para a organização jurídica da família**. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

PERRUSI, A. **Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria**. São Paulo: Cortez; Recife: UFPE, 1995.

PIOVESAN, F. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 14. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. **Temas de Direitos Humanos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

REALE, M. **Pluralismo e liberdade**. Saraiva: São Paulo, 1963.

REZEK, F. **Direito internacional público: curso elementar**. 12. ed., rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2010.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez; 2003.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

SANTORO FILHO, A. C. **Direito e saúde mental**. São Paulo: Verlu, 2012.

SANTOS, B. S. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. In: _____. **Reconhecer para libertar**: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 25-68.

_____. Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SARLET, I. W. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SARMENTO, D. **A ponderação de interesses na Constituição Federal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

SCARCELLI, I. R. **Entre o hospício e a cidade**: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental. 2002. 259 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SERAFIM, A. P.; BARROS, D. M. Apontamentos sobre assistência aos portadores de transtorno mental. **Consulex**, ano XIV, n. 320, 15 maio 2010.

SILVA, M. F. A. **Direitos Fundamentais e o Novo Direito de Família**. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 2006.

STANCIK, M. A. Os Jecas do Literato e do Cientista: movimento eugênico, higienismo e racismo na primeira República. **Publicatio UEPG – Ciências Humanas, Ciências Sociais Aplicadas, Lingüística, Letras e Artes**, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 45-62, dez. 2004.

STOCKINGER, R. C. **Reforma Psiquiátrica brasileira**: perspectivas humanistas e existenciais. Petrópolis: Vozes, 2007.

STUART, H. Violence and mental illness: an overview. **World Psychiatry**, v. 2, n. 2, p. 121-4.

SZASZ, T. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental. Trad. Dante Moreira Leite. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Rios Ambicioso, 2001.

_____. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: da década de 1980 aos dias atuais. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TSU, T. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: Edusp/Vetor, 1993.

VENTURINI, E.; CASAGRANDE, D.; TORESINI, L. **O crime louco**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

VERONA, H. Pelo fim dos manicômios: A posição da psicologia sobre o tratamento dos transtornos mentais. **Consulex**, ano XIV, n. 320, 15 maio 2010.

VIANNA, P. C. M. **A reforma psiquiátrica e as associações de familiares**: unidade e oposição. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo: 2002.

WAKEFIELD, J. C. The concept of mental disorder. **Am Psychol.**, v. 47, n. 3, p. 373-88, mar. 1992.

Documentos Institucionais:

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Seminário Direito à Saúde Mental**: regulamentação e aplicação da Lei n.º 10.216. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2005a). **Caminhos para uma Política de Saúde mental Infanto-juvenil**. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2003). **“De Volta para Casa”** - Manual do Programa. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004a). **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2004b). **Saúde mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS (2005b). **Saúde Mental e Economia Solidária**: Inclusão Social pelo Trabalho. Brasília. Editora do Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial. Relatório Final. Brasília: 2010. Disponível em www.saude.gov.br/saudemental

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 1990-2004. 5. ed. Brasília: 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n.º 3.347**. Institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. 2012 Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/>>. Acesso em: 21 fev. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Direitos Humanos**: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras. Relatório. Brasília: 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Suíça: World Health Organization, 2001. Impresso no Brasil.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. Sentença de 04 de julho de 2006. (Mérito, Reparações e Custas). Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 Anos depois da Declaração de Caracas, Carta de Brasília 2005 - Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas. Brasília, 7 a 9 de novembro de 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Resource book on mental health, human rights and legislation**. Geneva: 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

_____. **Who-aims Report on Mental Health System in Brazil**. Brasília: 2007. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_brazil.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

ANEXOS

ANEXO A – LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

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.

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

Art. 4º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º. O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º. A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º. A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º. O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE CARACAS

DECLARAÇÃO DE CARACAS

Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores. CONSIDERANDO, 1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000; 2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;
3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que

promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que SOLICITAM Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.

ANEXO C – QUADRO DO HISTÓRICO DO BRASIL

QUADRO DO HISTÓRICO DO BRASIL

1829 Fundada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro pelos médicos higienistas José Francisco Sigaud, Joaquim Cândido Soares Meireles, Luiz Vicente De-Simoni, José Martins da Cruz Jobim e João Maurício Faivre.

1830 A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza diagnóstico sobre a situação dos loucos na cidade, que, a partir de então, passam a ser considerados doentes mentais, merecedores de espaço próprio para reclusão e tratamento.

1831 Publicada a ata de fundação da Sociedade Brasileira de Medicina, no primeiro número do “Semanário de Saúde Pública”.

1831 José Martins da Cruz Jobim publica “Insânia Loquaz”, o primeiro escrito sobre doenças mentais no Brasil.

1835 José Martins da Cruz Jobim denuncia, em discurso na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, a insalubridade dos porões da Santa Casa da Misericórdia e as péssimas condições em que vivem os loucos na cidade.

1841 D. Pedro II sanciona o decreto de criação do hospício que, construído por meio de subscrições públicas, seria uma homenagem à sagração do futuro Imperador.

1852 Inaugurado em 8 de dezembro, com a presença do Imperador, o Hospício de Pedro II, conhecido popularmente como “Palácio dos Loucos”.

1856 Relatórios do Hospício de Pedro II acusam sua superlotação devido à entrada indiscriminada de pacientes curáveis e incuráveis, afetados mentalmente ou meros indigentes.

1881 O Decreto nº 8.024, de 12 de março, cria a cadeira de Doenças Nervosas e Mentais nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.

1882 A Lei nº 3.141, de 20 de outubro, dispõe sobre a execução do ensino de Psiquiatria no Brasil.

1883 Aprovado no primeiro concurso público para a especialidade, Teixeira Brandão assume a Cátedra de Psiquiatria da Universidade do Brasil, estabelecendo-se o ensino regular dessa matéria no País.

1890 O Hospício de Pedro II passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados e é desanexado da Santa Casa da Misericórdia.

1890 O Decreto nº 206, de 15 de fevereiro, cria a Assistência Médica e Legal aos Alienados e determina a criação das Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, destinadas a pacientes do sexo masculino, tranquilos e incuráveis.

1903 Criada a Lei de Assistência aos Alienados, n. 1.132, de 22/12/1903, primeira legislação brasileira específica sobre alienados e alienação mental.

1907 Criada, no Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.

1911 O Decreto nº 8.834, de 11 de julho, cria a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, destinada a mulheres.

1912 A Psiquiatria torna-se uma especialidade médica autônoma.

1921 Inaugurado, por Heitor Carrilho, o Manicômio Judiciário, que se encarrega dos doentes mentais que cometem delitos.

1923 Criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) por Gustavo Riedel no Rio de Janeiro.

1934 Criada a Lei nº 24.559, que dispunha sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas.

1937 O Serviço de Assistência aos Doentes Mentais é ampliado, transformando-se na Divisão de Assistência aos Doentes Mentais, que estende a ação federal para os vários estados da Federação.

1941 O Decreto-Lei nº 3.171, de dois de abril, cria o Serviço Nacional das Doenças Mentais, com seus órgãos centrais: Centro Psiquiátrico Nacional, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário.

1946 O Decreto Lei nº 8.550 autorizou o Serviço Nacional de Doenças Mentais a realizar convênios com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos.

1955 Usada, pela primeira vez no Brasil, a clorpromazina, medicamento que inaugura a categoria dos neurolépticos.

1956 Projeto de Lei de 10 de julho cria o Departamento Nacional de Saúde Mental.

1978 Criado o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), um grupo de profissionais de saúde que começa a pensar em alternativas para a visão hospitalocêntrica.

1987 Criado, em São Paulo, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) Luiz Cerqueira.

1987 Realizada, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), na qual é lançado o lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”.

1989 Decretada pela prefeitura da cidade de Santos, com o apoio de vários setores da sociedade, a intervenção no Hospital Psiquiátrico Padre Anchieta, a “Casa dos Horrores”.

1991 Realizados os I e II Encontros Nacionais dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, em São Paulo e no Rio de Janeiro, respectivamente.

1992 Portaria nº 224 do Ministério da Saúde regulamenta e normaliza os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

1994 Realizado, em Santos, o III Encontro de Entidades de Usuários e Familiares (EEUF), um marco da consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que conta com a efetiva participação de entidades da sociedade civil.

2001 Sancionada a Lei nº 10.216, de 6 de abril, originalmente apresentada pelo Deputado Paulo Delgado, que trata dos direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental e retira o manicômio do centro do tratamento.

2001 Realizada, em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “Cuidar sim, excluir não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”.

2003 A Lei nº 10.708, de 31 de julho, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde.

2004 Instituído, pela Portaria GM nº 52/04, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS, visando a uma nova pactuação na redução gradual de leitos, com uma recomposição da diária hospitalar em psiquiatria.

2006 Inaugurado, dia 18 de dezembro, em Fortaleza, CE, o milésimo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil.

2006 arco na consolidação da Rede de Atenção de Serviço Psicossocial do Brasil: primeira vez em que há maior investimento em ações comunitárias do que em Hospitais Psiquiátricos.

2007 Realizado em Brasília o I Seminário Nacional do Programa de Volta Para Casa, no qual foi divulgada carta aberta convocando à aceleração da desinstitucionalização de pacientes longamente internados em todo o País.

2008 Instituída a Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), recomendando a inclusão de profissionais de Saúde Mental na Atenção Básica.

2008 Idealizado o Grupo de Trabalho sobre Demandas dos Usuários e Familiares da Saúde Mental, durante o I Congresso de Saúde Mental/Abrasme, realizado em Florianópolis, SC.

2009 Reconhecimento, pela OMS, do modelo de atenção à saúde mental brasileiro, e convite ao Brasil para participar, em um grupo de 10 países, de um esforço internacional para diminuição da lacuna de tratamento em saúde mental no mundo.

2010 Realizada, em Brasília, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”.

Fonte: <http://www.ccs.saude.gov.br/>

ANEXO D – TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Residências terapêuticas por Unidade da Federação

SRTs NO BRASIL – 2011				
UF	MÓDULOS		TOTAL DE MÓDULOS	TOTAL DE MORADORES
	EM FUNCIONAMENTO	EM IMPLANTAÇÃO		
BA	20	1	21	112
CE	5	4	9	29
ES	5	0	5	37
GO	11	3	14	58
MA	3	1	4	18
MG	77	27	104	518
MS	1	0	1	2
MT	10	0	10	76
PA	0	2	2	0
PB	17	6	23	107
PE	45	24	69	329
PI	4	0	4	22
PR	22	3	25	138
RJ	106	25	131	593
RN	3	0	3	20
RS	39	4	43	141
SC	4	1	5	31
SE	20	0	20	103
SP	233	52	285	1136
TO	0	1	1	0
Total	625	154	779	3470

Fonte: Ministério da Saúde (2012, p. 11).

Nesta tabela, mostram-se os números relativos à quantidade de Residências Terapêuticas por Estado no Brasil. Considerando-se não haver moradores residindo naquelas que ainda estão em processo de implantação, pode-se chegar à média de quase seis moradores por Residência no Ceará, por exemplo, já que, em 2010, existiam cinco residências para um total de 29 moradores, média essa que não destoa da geral. Nota-se, também, que, infelizmente, não existia nenhuma em funcionamento no Pará, bem como, consequentemente, nenhum paciente egresso de hospital psiquiátrico atendido pelo sistema.

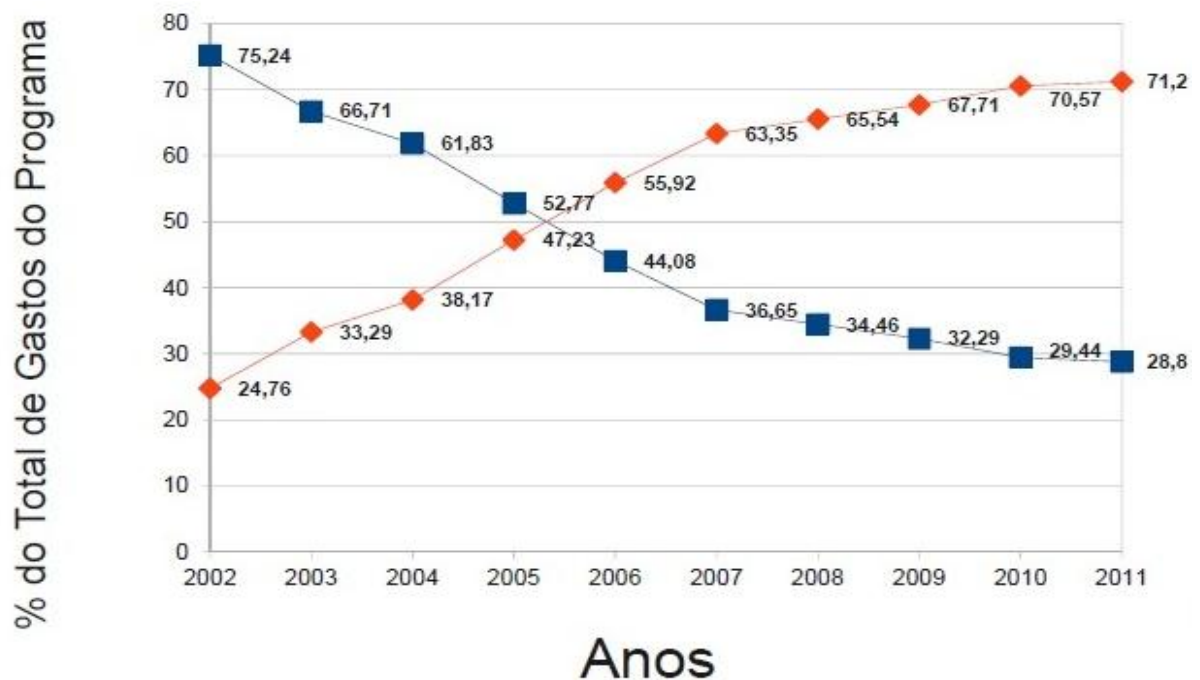
Tabela 2 – Iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais

UF	Nº Iniciativas de Geração de Renda
Acre	3
Amapá	0
Alagoas	14
Amazonas	7
Bahia	48
Ceará	18
Distrito Federal	9
Espírito Santo	5
Goiás	9
Maranhão	11
Minas Gerais	59
Mato Grosso do Sul	13
Mato Grosso	14
Pará	6
Paraíba	25
Pernambuco	22
Piauí	9
Paraná	46
Rio de Janeiro	114
Rio Grande do Norte	14
Rondônia	1
Rio Grande do Sul	38
Santa Catarina	34
Sergipe	9
São Paulo	99

Fonte: Ministério da Saúde (2012, p. 14).

Esta tabela mostra que a atenção voltada para as iniciativas de geração de trabalho e renda para as pessoas com transtorno mental ainda é muito pouca. No Ceará, por exemplo, existiam somente 18 em 2010, ao passo que, no Rio de Janeiro, 114. Infelizmente, no Amapá não havia nenhuma.

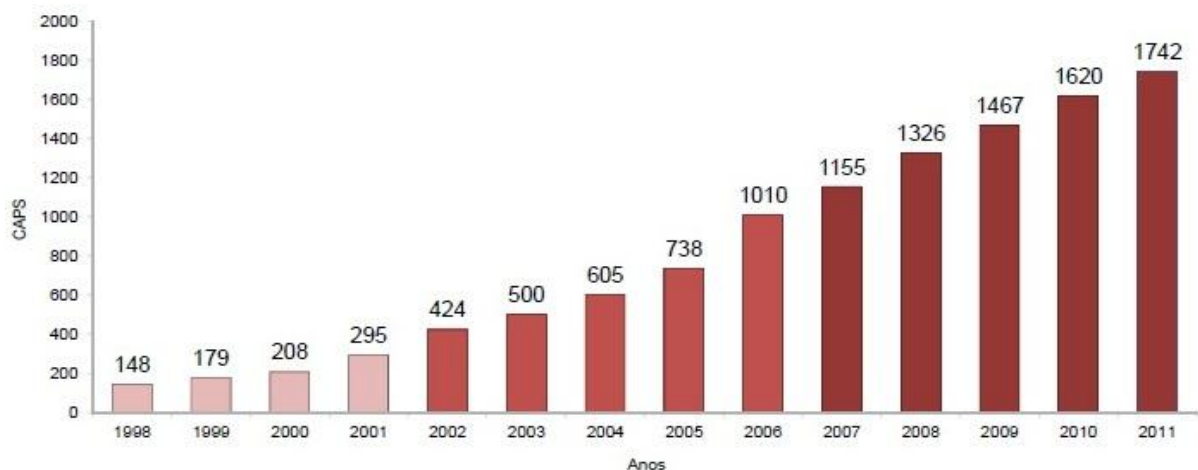
Gráfico 1 – Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares entre 2002 e 2011



Fonte: Ministério da Saúde (2012, p. 22).

Este gráfico mostra que o percentual de recursos do SUS destinados aos serviços extra-hospitalares aumentou com o passar dos anos. Em 2002, eram somente 24,76% do valor destinado ao Sistema; em 2011, 71,2%. Nota-se que houve a inversão das posições dos respectivos investimentos por volta do ano de 2006, momento singular na história do tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental, já que, até então, o modelo hospitalocêntrico nunca havia recebido menos recursos, se analisadas as proporções.

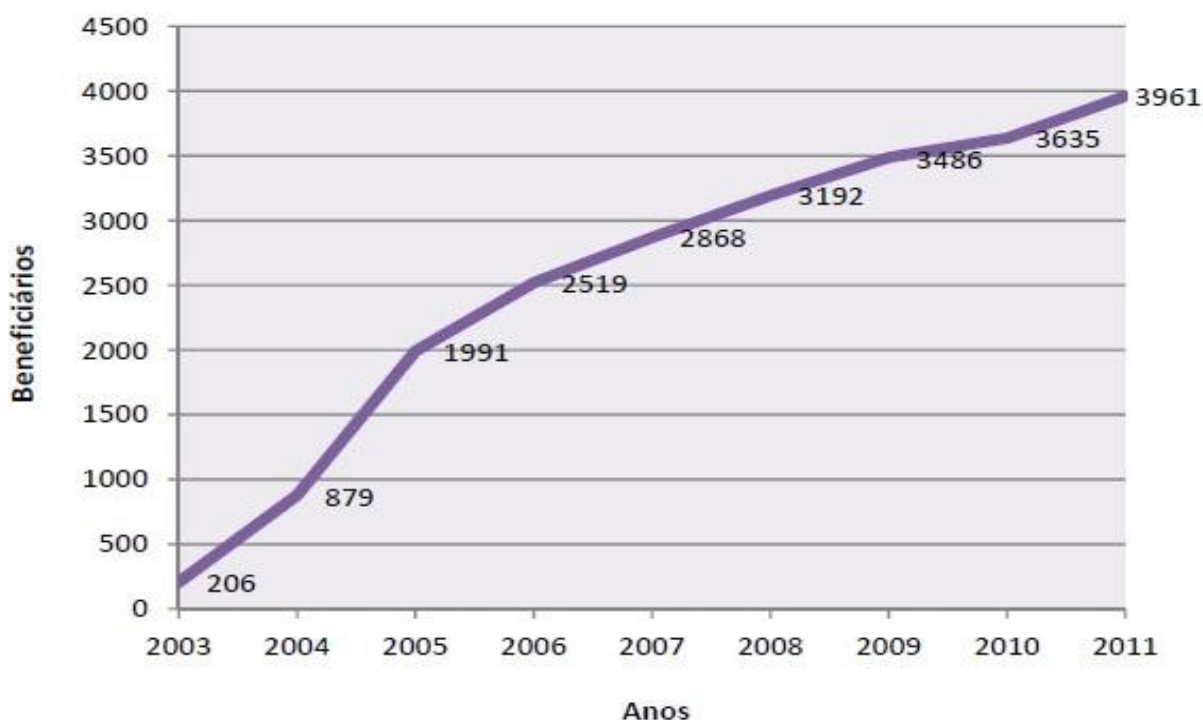
Gráfico 2 – Série histórica da expansão dos CAPS



Fonte: Ministério da Saúde (2012, p. 5).

Este gráfico expõe o aumento do número de CAPS com o passar dos anos. Em 1998, antes, pois, da Lei nº 10.216/01 e da orientação oficial para a prevalência do sistema de tratamento comunitário, existiam 148 Centros no Brasil; em 2011, dez anos após a promulgação dela, eram quase 1.800 no País. Daí se depreende que a atenção ao modelo de assistência comunitária torna-se cada vez mais forte na realidade da saúde mental.

Gráfico 3 – Beneficiários do Programa de Volta para Casa por Unidade da Federação



Fonte: Ministério da Saúde (2012, p. 13).

Este gráfico evidencia o crescimento do número de beneficiários do programa De Volta Para Casa ao longo dos anos. Em 2003, quando de sua implantação, o benefício contava com 206 pessoas assistidas; em 2011, na última contagem, já eram quase 4.000. Esse aumento mostra tanto o aumento no número de pessoas desinstitucionalizadas quanto na assistência prestada a elas.