



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE DIREITO**  
**DEPARTAMENTO DE DIREITO PÚBLICO**

**AMANDA DE SOUSA ARAUJO**

**UMA ANÁLISE DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES SOB A ÓTICA DA**  
**DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO TRATAMENTO DE PACIENTES**  
**PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL**

**FORTALEZA**

**2023**

AMANDA DE SOUSA ARAUJO

UMA ANÁLISE DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES SOB A ÓTICA DA  
DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO TRATAMENTO DE PACIENTES  
PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito. Área de concentração: Dignidade da pessoa humana e políticas públicas para internação de pacientes psiquiátricos.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Mestra Fernanda Cláudia Araújo da Silva.

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

A687a Araujo, Amanda de Sousa.

UMA ANÁLISE DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES SOB A ÓTICA DA DIGNIDADE DA  
PESSOA HUMANA NO TRATAMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL /  
Amanda de Sousa Araujo. – 2023.

77 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará,  
Faculdade de Direito, Curso de Direito, Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Ma. Fernanda Cláudia Araújo da Silva.

1. Dignidade da Pessoa Humana. 2. Corte Interamericana de Direitos Humanos. 3.  
Damião Ximenes Lopes. I. Título.

CDD 340

---

AMANDA DE SOUSA ARAUJO

UMA ANÁLISE DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES SOB A ÓTICA DA  
DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NO TRATAMENTO DE PACIENTES  
PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Direito. Área de concentração: Dignidade da pessoa humana e políticas públicas para internação de pacientes psiquiátricos.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mestra Fernanda Cláudia Araújo da Silva.

Aprovada em 12/07/2023.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Mestra Fernanda Cláudia Araújo da Silva (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Mestre Matheus Casimiro Gomes Serafim  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Mestra Rafaela Silveira de Aguiar  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus,  
A minha família,  
A mim mesma.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, que sempre me amaram e dedicaram a mim os mais delicados e preciosos cuidados, que sempre acreditaram no meu potencial e incentivaram o meu melhor e que sempre me ensinaram valores éticos e morais para viver em harmonia com a sociedade que estou.

À minha mãe, Maria Edilza, que, além dos ensinamentos maternos, proporcionou o meu primeiro contato com o fórum, com o Conselho Tutelar e com o dever de fazer o que é justo e correto; e ao meu pai, Francisco Eldo, que sempre esteve ao meu lado, em todos os meus sonhos e medos e de quem herdei o amor mais belo que existe: pelos animais.

Ao meu irmão, Lucas de Sousa Araujo, que além do amor fraterno que sempre dedicou a mim, é meu exemplo profissional, por ser um advogado íntegro, sempre preocupado em me dar os melhores ensinamentos profissionais, guiando-me por caminhos éticos, de respeito para com o próximo, de seriedade com o trabalho e de admiração pelo processo. Que sempre buscou zelar por mim e sempre me motivou a trilhar os caminhos que sigo.

Ao meu amado Toby de Sousa Araujo: Obrigada por ter escolhido a nossa família e por nos dar o seu amor tão puro. Eu te amo com o amor mais delicado que existe, cujo tamanho não consigo mensurar. Você é o meu maior presente e amar você me emociona.

Às minhas avós, Osmarina e Miraci, pelos cuidados que se estendem até hoje e pelo amor sempre infinito.

Aos meus amigos queridos que me acompanharam e auxiliaram nesta faculdade: Matheus Santos, Sofia Santana, Larissa Carvalho, Jonas Chaves, Bianca Almeida, Lorena Rocha, Moisés Santos, José Edmar, Beatriz Vidal, João Vitor Diniz, Pedro Henrique Matias, Caio Franklin, David Menezes e Johana Taleires pelo companheirismo, pelas risadas, pelos bons momentos e pela caminhada lado a lado.

Aos meus queridos Fernando, Amanda, Lael, Waddington, Camila, Ellen e aos meus amigos e alunos do Curso Pré-Vestibular Paulo Freire, cujos ensinamentos singulares foram e são essenciais para mim e para meu crescimento.

Às minhas grandes amigas Giovanna Gildo e Marina Nobre: Obrigada por todo cuidado e carinho que sempre dedicaram a mim, pelas conversas, pelos

incentivos, pelo companheirismo e pela troca única que vocês me proporcionam. É muito bom crescer com vocês. Obrigada por sempre estarem aqui, mesmo distante.

Aos meus amigos e colegas da Defensoria Pública do Estado do Ceará, em especial, à Defensoria Pública de 2º Grau e à minha Defensora supervisora, Francisca Rosemar Bezerra Memória, pelos aprendizados inigualáveis sobre profissionalismo e humanidade, pelas conversas, pelas risadas e pelo ambiente de trabalho leve e divertido.

À professora Fernanda Cláudia Araujo da Silva, que confiou no meu trabalho, prontamente se disponibilizando para me orientar, e que, juntamente com os professores Matheus Casimiro Gomes Serafim e Rafaela Silveira de Aguiar, trouxe diversos ensinamentos que engrandeceram este trabalho. A vocês, minha eterna gratidão.

A todos os colaboradores desta Faculdade de Direito, que sempre dão o melhor para que seja um ambiente alegre, leve, de muitos aprendizados e de cooperação.

À pequena Amanda, que diariamente cresce comigo e me faz lembrar de quem sou: Conseguimos!

E a todos aqueles que um dia cruzaram minha vida e tocaram minha alma, tudo é crescimento e aprendizado, e eu não seria a mesma sem as experiências únicas que percorrem a linha do tempo da minha trajetória. Algumas pessoas, como estrelas cadentes, abrilhantaram-me por um segundo que se estende pelo eterno. Sou grata pelas doces memórias que enfeitam meu passado. Agradeço os calorosos abraços e os sorrisos afetuosos que um dia floresceram em mim muitas primaveras. Como diz Adélia Prado: “O que a memória ama fica eterno”.

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

Mário Quintana.

## RESUMO

O presente trabalho visa à análise do princípio da dignidade da pessoa humana como um direito de todos, garantido na legislação nacional e internacional. Ainda, analisa-se como este princípio vai de encontro ao direito à saúde e é consolidado no Sistema Único de Saúde, destacando-se o modelo de tratamento psiquiátrico antes e depois da Reforma Psiquiátrica. É verificado também como o direito internacional se comporta para garantir que o direito à dignidade da pessoa humana e os direitos humanos sejam respeitados pelo Estado, analisando o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, bem como sua respectiva Convenção, Comissão e Corte, perpassando também pela responsabilidade estatal em caso de violação de algum dos direitos humanos. Por fim, analisa-se o caso do paciente psiquiátrico Damião Ximenes Lopes, cujo falecimento na Casa de Repouso Guararapes enquanto estava internado repercutiu internacionalmente na Corte Interamericana de Direitos Humanos, culminando na primeira condenação do Brasil.

**Palavras-chave:** Dignidade da Pessoa Humana; Corte Interamericana de Direitos Humanos; Damião Ximenes Lopes.

## **ABSTRACT**

This paper aims to analyze the principle of human dignity as a right for all, guaranteed in national and international legislation. It also analyzes how such principle favors the right to health and is consolidated in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), highlighting the model of psychiatric treatment before and after the Psychiatric Reform. We also verify how international law behaves in order to guarantee that the right to human dignity and human rights are respected by the State, analyzing the Inter-American System of Human Rights, as well as its own Convention, Commission and Court, while also going through State responsibility in cases of violation of any of the human rights. Finally, we analyze the case of the psychiatric patient Damião Ximenes Lopes, whose death at the Casa de Repouso Guararapes had international repercussions at the Inter-American Court of Human Rights, culminating in the first condemnation of Brazil.

**Keywords:** Dignity of the Human Person; Inter-American Court of Human Rights; Damião Ximenes Lopes

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|      |                                                |
|------|------------------------------------------------|
| ART  | Artigo                                         |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial                 |
| CRFB | Constituição da República Federativa do Brasil |
| CIDH | Corte Interamericana de Direitos Humanos       |
| DUDH | Declaração Universal dos Direitos Humanos      |
| IDH  | Interamericana de Direitos Humanos             |
| LOS  | Lei Orgânica da Saúde                          |
| NOB  | Norma Operacional Básica                       |
| OEA  | Organização dos Estados Americanos             |
| OMS  | Organização Mundial da Saúde                   |
| ONG  | Organização Não Governamental                  |
| ONU  | Organização das Nações Unidas                  |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial                   |
| SIDH | Sistema Interamericano de Direitos Humanos     |
| SRT  | Serviço Residencial Terapêutico                |
| SUS  | Sistema Único de Saúde                         |
| UA   | Unidade de Acolhimento                         |

## SUMÁRIO

|                                                                                                      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                             | <b>13</b> |
| <b>2 PRINCÍPIOS LEGAIS DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.....</b>                                        | <b>15</b> |
| <b>2.1 Dignidade da Pessoa Humana na Constituição Federal.....</b>                                   | <b>17</b> |
| 2.1.2 Direito à saúde como um componente da dignidade da pessoa humana.....                          | 20        |
| <b>3 O TRATAMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL.....</b>                                      | <b>23</b> |
| <b>3.1 Princípios do Sistema Único de Saúde e reflexos no tratamento psiquiátrico.....</b>           | <b>24</b> |
| 3.1.1 A estruturação do sistema de saúde para o tratamento adequado dos pacientes psiquiátricos..... | 27        |
| <b>3.2 Reforma psiquiátrica.....</b>                                                                 | <b>30</b> |
| 3.2.1 Evolução histórica do tratamento psiquiátrico no Brasil.....                                   | 33        |
| 3.2.2 Lei Antimanicomial.....                                                                        | 38        |
| 3.2.3 A atual internação de pacientes psiquiátricos: requisitos e admissibilidades...                | 40        |
| <b>4 O SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS.....</b>                              | <b>42</b> |
| 4.1 Convenção Interamericana de Direitos Humanos.....                                                | 44        |
| 4.2 Comissão Interamericana de Direitos Humanos.....                                                 | 45        |
| 4.3 Corte Interamericana de Direitos Humanos.....                                                    | 47        |
| 4.4 Responsabilidade do Estado.....                                                                  | 49        |
| 4.5 Adesão do Brasil à Corte Interamericana de Direitos Humanos.....                                 | 52        |
| <b>5 O CASO DAMIÃO XIMENES LOPES.....</b>                                                            | <b>56</b> |
| 5.1 Vida e Morte.....                                                                                | 57        |
| 5.2 Como as autoridades do Brasil lidaram com o caso.....                                            | 61        |
| 5.3 O caso Damião Ximenes Lopes na Corte Interamericana de Direitos Humanos.....                     | 63        |
| 5.3.1 Condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos.....                          | 65        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                   | <b>69</b> |
| <b>7 REFERÊNCIAS.....</b>                                                                            | <b>71</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca verificar como a dignidade da pessoa humana é percebida no tratamento psiquiátrico brasileiro, verificando como este princípio é garantido na legislação nacional e internacional, bem como quais os meios disponibilizados pelo Estado para garanti-lo. Assim, por meio de uma pesquisa bibliográfica, analisa-se como o sistema de tratamento dos pacientes mentais foi sendo modificado conforme se modifica, também, a própria sociedade, havendo como principais conquistas ao direito à saúde, o Sistema Único de Saúde, e ao direito à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial.

Além disso, como forma de materializar o presente estudo, o emblemático caso Damião Ximenes Lopes é trazido à tona para melhor se perceber a concretização do sistema nacional e internacional de proteção aplicado à violação de direitos dos pacientes mentais.

No primeiro capítulo, aborda-se a dignidade da pessoa humana como elemento basilar da sociedade, sendo um princípio fundamental previsto na Constituição Federal de 1988, e que serve como guia entre as relações da população e entre a relação do Estado com a sociedade. Outrossim, é analisado como o direito à saúde se consolida como uma garantia proporcionada pela dignidade da pessoa humana, sendo direito social que surge como peça fundamental do Estado Democrático de Direito.

Em seguida, o segundo capítulo verifica como o Sistema Único de Saúde é elaborado para proporcionar à sociedade acesso à saúde não somente como uma abordagem de cura e tratamento, como também de prevenção e manutenção da qualidade de vida.

É nessa perspectiva que se percebe, também, como o tratamento ofertado aos pacientes psiquiátricos foi sendo alterado ao longo da história do país, passando pelos manicômios e as internações como principal método adotado no passado até os atuais Centros de Atenção Psicossocial e a metodologia ambulatorial.

No terceiro capítulo, o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, bem como seus órgãos e convenção surgem como protagonistas da proteção internacional regional dos direitos humanos, servindo como um sistema protetivo

que atua juntamente com as legislações nacionais para garantir que os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana sejam respeitados. É sob esse sistema que se tem tutelado ao Estado o dever de promover a proteção integral a todos os direitos inerentes à pessoa humana, caso contrário, é atribuída a responsabilidade estatal sobre a violação.

Já no derradeiro capítulo, analisa-se o Caso Damião Ximenes Lopes, em que se verifica a ineficácia do Estado em proteger a integridade de um paciente psiquiátrico do município de Sobral, no Ceará. Portador de deficiência mental, Damião foi morto durante a terceira internação a que foi submetido na Casa de Repouso Guararapes, instituição vinculada ao Sistema Único de Saúde e que, incumbida de poder estatal, deveria ter assegurado à Damião condições mínimas inerentes à sua existência digna.

Foi com o falecimento de Damião Ximenes Lopes e com a inércia das autoridades locais em dar uma solução satisfatória ao caso, que a família de Damião, vitimada não somente pelo seu falecimento, como também pelas mazelas consequentes, conseguiu repercussão internacional do acontecimento, que foi julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, resultando na condenação do Brasil e gerando, também, os deveres de reparação em virtude dessa responsabilidade.

## 2 PRINCÍPIOS LEGAIS DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

A dignidade da pessoa humana é um dos pilares dos direitos humanos (MAZZUOLI, 2020, p. 1178), sendo caracterizada por ser o princípio norteador de todos os outros direitos e cuja principal previsão na legislação nacional está na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Mazzuoli (2020, p. 1194) explica que as previsões constitucionais da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inc. III) e da prevalência dos direitos humanos (art. 4º, inc. II) refletem a imersão da Constituição de 1988 no contexto internacional humanizante e protetivo.

Dessa forma, para que melhor se compreenda como a dignidade da pessoa humana se consolidou como princípio na Constituição Federal de 1988, importante observar como esta se firma na esfera internacional.

Internacionalmente, os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana ganharam força após a Segunda Guerra Mundial (cujo período foi entre 1939 e 1945), quando se percebeu a necessidade de garantir a proteção de tais direitos por meio da ação dos estados, que devem proteger o interesse de seus povos.

Tal apontamento é reiterado por Mazzuoli (2020, p. 1188) ao afirmar que “Pode-se dizer que o Direito Internacional dos Direitos Humanos é o ‘direito do pós-guerra’, nascido em decorrência dos horrores cometidos pelos nazistas durante o Holocausto (1939-1945).”

Iniciou-se então uma conscientização no plano internacional de que os ideais dos direitos humanos necessitavam de proteção, tendo como percepção a posição dos indivíduos como sujeitos de direitos na esfera internacional. Por esse viés, “passou-se a lutar pela proteção dos direitos humanos para além das fronteiras do Estado-Nação”. (ANNONI, 2008, p. 24 *apud* TEIXEIRA, 2016, p. 13).

Nesse contexto, Moraes (2020, p. 27) explica que “representantes de vários países se juntaram na composição da Assembleia Geral das Nações Unidas e aprovaram, em 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos do Homem”, documento este que

promulga então o valor-fonte da pessoa humana, protegida em sua dignidade de forma internacionalmente válida, com eficácia *erga omnes* (contra todos), fazendo surgir o Direito Internacional dos Direitos Humanos, baseados na ideia de que toda nação e a comunidade internacional têm o

dever de respeitar os direitos humanos de toda pessoa humana, considerados agora cidadãos universais. (PIOVESAN, 2006 *apud* MORAES, 2020, p. 30).

Sobre tal declaração (ONU, 1948), ressalta-se que esta buscava proteger o ser humano como um sujeito de direitos no âmbito internacional, caracterizando os direitos humanos, portanto, como universais e inalienáveis. “A premissa básica é a de que são inerentes à pessoa humana, antes mesmo de qualquer organização política e social.” (TRINDADE, 2002 *apud* MORAES, 2020, p. 28).

Ainda, Mazzuoli (2020, p. 1178) complementa que os direitos humanos, à luz da DUDH, possuem três princípios elementares, sendo estes

1) o da *inviolabilidade da pessoa*, cujo significado traduz a ideia de que não se pode impor sacrifícios a um indivíduo em razão de que tais sacrifícios resultarão em benefícios a outras pessoas; 2) o da *autonomia da pessoa*, pelo qual toda pessoa é livre para a realização de qualquer conduta, desde que seus atos não prejudiquem terceiros; e, 3) o da *dignidade da pessoa*, verdadeiro núcleo-fonte de todos os demais direitos fundamentais do cidadão, por meio do qual todas as pessoas devem ser tratadas e julgadas de acordo com os seus atos, e não em relação a outras propriedades suas não alcançáveis por ele.

Logo, percebe-se a dignidade da pessoa humana no âmbito internacional como princípio fundamental dos direitos humanos e também como norteador dos demais direitos, tendo a DUDH a validade como tal.

Em complementação, Rosa (2015, p. 3) confere que a DUDH serviu também como base para políticas públicas, influenciando a Constituição Federal brasileira (BRASIL, 1988) e dando maior importância às demandas coletivas e à diminuição das desigualdades. “A Constituição de 1988 vai concretizar esse compromisso do governo brasileiro com a nova ordem global que se consolidava, pautada num maior comprometimento com os direitos humanos.” (ROSA, 2015, p. 3).

Já Mazzuoli (2020, p. 1189) observa que é com a DUDH que os direitos humanos se consolidam também por meio de tratados internacionais, surgindo, pouco após, “tratados internacionais versando direitos humanos específicos, como os das pessoas com deficiência, das mulheres, das crianças, dos idosos, dos refugiados, das populações indígenas e comunidades tradicionais etc.”

Com relação ao dever dos Estados, Brant (2019, p. 57) esclarece que estes existem “como um instrumento e uma ferramenta para a proteção dos direitos humanos e da dignidade da pessoa humana”, atrelando a soberania estatal à supremacia da dignidade da pessoa humana e complementando que “os interesses

das populações passam a ter precedência face aos interesses dos Estados”, construindo uma soberania estatal mais humanizada.

Assim, para assegurar que a obrigação dos Estados e que estes protegerão tais interesses e direitos, o direito internacional, por meio de suas fontes, prevê reiteradamente tais garantias. Além da Declaração Universal dos Direitos Humanos, cita-se, a título de ilustração, a Convenção Europeia dos Direitos Humanos (celebrada em 1950 e em vigor desde 1953) e a Convenção Americana de Direitos Humanos (celebrada em 1969 e em vigor desde 1978).

É sob essa conjuntura que Piovesan (2008, p. 119) esclarece a responsabilização dos Estados conforme as normas do direito internacional:

A necessidade de uma ação internacional mais eficaz para a proteção dos direitos humanos impulsionou o processo de internacionalização desses direitos, culminando na criação da sistemática normativa de proteção internacional, que faz possível a responsabilização do Estado no domínio internacional quando as instituições nacionais se mostram falhas ou omissas na tarefa de proteger os direitos humanos.

Diante disso, Brant (2019, p. 179) elucida que a comunidade internacional é guiada por princípios que resguardam os povos, buscando equilibrar a “conservação da independência, da autonomia e da afirmação dos interesses soberanos” com os “valores comuns à humanidade”, complementando que “observa-se a humanização do direito internacional, tendo como finalidade a promoção da dignidade da pessoa humana”. (BRANT, 2019, p. 178).

Dessa forma, verifica-se que a dignidade da pessoa humana não só como um direito assegurado tanto no âmbito internacional quanto no nacional, por meio de diversas fontes que assim o reconhecem, mas também como um princípio norteador das relações sociais e da comunidade internacional.

## **2.1 Dignidade da Pessoa Humana na Constituição Federal**

A Constituição de um país é o conjunto de princípios e ordenamentos que guiam a organização social, regulando direitos e deveres dos cidadãos e também a atuação do próprio Estado. É sob esse panorama que Morbidelli (2008, p. 31-32) considera como adequado verificar a Constituição como sendo a “lei fundamental do Estado”, haja vista a sua complexidade e abrangência.

É nesse diapasão que se percebe a relevância dos princípios constitucionais como basilares e norteadores do sistema jurídico de um país, já que a norma constitucional prevalece em detrimento da infraconstitucional.

No mesmo sentido, Paulo Márcio Cruz (2003, p. 99) preconiza que

Princípios Constitucionais são normas jurídicas caracterizadas por seu grau de abstração e de generalidade, inscritas nos textos constitucionais formais, que estabelecem os valores e indicam a ideologia fundamental de determinada Sociedade e de seu ordenamento jurídico. A partir deles todas as outras normas devem ser criadas, interpretadas e aplicadas.

Assim, ressalte-se que são cinco os princípios fundamentais presentes na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e estabelecidos no artigo 1º, quais sejam, a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político.

Diante disso, Silva (2007, p. 178) explica que esses princípios, direitos e garantias previstos na constituição, os quais considera como Direitos Fundamentais, detêm previsões que resguardam a convivência e a sobrevivência da pessoa humana em sociedade. Para Moura e Magalhães (2010, p. 78), esse conjunto de direitos são “direitos humanos básicos”, complementando que

A concepção contemporânea dos direitos humanos, que veio a ser introduzida pela Declaração Universal de 1948, reiterada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena, de 1993, visa colocar em seu epicentro o homem, a dignidade humana, o respeito à vida, a liberdade, a manifestação de pensamento e de crença, bem como o combate a todas as hipóteses de intolerância e discriminação.

Dito isto, faz-se necessário analisar a dignidade humana como princípio fundamental à Constituição e como elemento orientador das relações jurídicas e sociais. Nesse sentido, Vale (2003, p. 91) esclarece que “a dignidade do homem, reza a constituição, é o princípio norteador e basilar dos direitos fundamentais, constituindo assim o seu fundamento”.

Portanto, percebe-se que uma das características centrais da Constituição brasileira é o seu profundo compromisso com os direitos humanos. Aliás, conforme se verifica na Constituição Federal (BRASIL, 1988), não só a dignidade da pessoa humana, mas também a prevalência dos direitos humanos são fundamentos da República Federativa do Brasil (art. 1º, III, e art. 4º, II, respectivamente).

Logo, percebendo a responsabilidade do Estado para com seus cidadãos, com base em previsões constitucionais, faz-se relevante breve explicação sobre o

que é a dignidade da pessoa humana e como suas diversas acepções a tornam em princípio constitucional elementar.

Neto (2013, p.15) verifica a dignidade da pessoa humana como uma característica do ser racional, que passa a ser dotado de direitos, deveres e autonomia, tendo garantida a prerrogativa de autodeterminar-se. Ainda, o autor complementa ser Immanuel Kant o fundador da dignidade da pessoa humana como um “status moral”, sendo com ele

[...] que nasce a ideia conceitual de dignidade como um status moral, conferindo ao sujeito a aptidão de possuir direitos e deveres. Essa aptidão gera a obrigação, oponível erga omnes, de ele ser respeitado por todos os outros membros da coletividade. Estes deverão abster-se de realizar ataques ou agressões (*Angriffe*) à autonomia do sujeito. (NETO, 2013, p.15).

Como princípio jurídico, tem-se que esta é o elemento que assegura à pessoa humana ter pleno direito de defesa perante a coletividade, ficando sujeito a restrições pré-determinadas que respeitem a sua esfera individual. “Fala-se, portanto, que a dignidade humana assegura um amplíssimo desenvolvimento da personalidade.” (ENDERS, 1997, p. 88 *apud* NETO, 2013, p. 24).

Além disso, para Neto (2001, p. 40), além de princípio, a dignidade da pessoa humana “Trata-se de direito individual indisponível, intimamente ligado com a autonomia e autodeterminação de cada pessoa, mas também relacionado com a igualdade entre os homens e a garantia de um mínimo vital”. Assim, garantir a dignidade da pessoa humana é assegurar condições mínimas de respeito às individualidades e de sobrevivência.

Em complementação, Wolfgang Sarlet (1998, p. 107) preconiza que a violação de tal princípio se verifica quando há a objetificação do homem, que é reduzido à coisa e não mais visto como sujeito de direitos.

Já Pedro Neto (2001, p. 192) preleciona, também, que tal princípio é essencial à hermenêutica, à medida em que as interpretações do texto constitucional devem observá-lo, afirmando que

Funciona o princípio da dignidade da pessoa humana como último reduto de hermenêutica, o qual deve ser tomado como limite inatacável de qualquer direito e garantia fundamental. O Estado tem por dever e função cumprir os direitos fundamentais. A emancipação hermenêutica reside na interpretação de todo o texto constitucional em função do princípio da dignidade da pessoa humana e do dever estatal de defendê-lo.

Destarte, examina-se que, além de se haver esse princípio como fonte máxima de organização social entre os indivíduos e o Estado, há a vinculação da própria interpretação dos dispositivos constitucionais à proteção da dignidade da pessoa humana, visto ser também elemento hermenêutico basilar.

Assim, Vale (2003, p. 99) atrela ao Estado a responsabilidade pelo indivíduo, ao afirmar que “se o texto constitucional diz que a dignidade da pessoa humana é fundamento da República Federativa do Brasil, importa concluir que o Estado existe em função de todas as pessoas e não estas em função do Estado”.

Por fim, tem-se que a dignidade da pessoa humana não pode ser considerada apenas um princípio constitucional, mas também um conjunto de valorações éticas e morais que orientam as relações jurídicas e sociais e atribuem ao Ente Público o compromisso de zelar pela total integridade dos seus cidadãos.

#### 2.1.2 Direito à saúde como um componente da dignidade da pessoa humana

Com relação ao direito à saúde como um componente que materializa a dignidade da pessoa humana, necessário ressaltar as considerações de Neto (2013, p. 129), que observa que “A dignidade humana é concretizada por vários subdireitos”, intuindo-se que cada direito que é assegurado ao cidadão torna a sua dignidade fortalecida.

Diante disso, relevante verificar como a saúde se comporta como um direito previsto pela legislação nacional e internacional, configurando-se como uma conquista social que concretiza a dignidade da pessoa humana.

Sobre isto, Martins (2011, p. 4) estabelece que

É de suma importância salientar que o direito à saúde é um direito do ser humano, ou, como expresso na Constituição da República Federativa do Brasil, um direito fundamental, uma vez que deriva do princípio da dignidade da pessoa humana e que está ligado a um direito básico, o direito à vida.

Logo, revela-se que é com a Constituição Federal de 1988 que a saúde se consolida como direito social e fundamental, não havendo em período anterior previsão legal para tratá-la como direito subjetivo, mas sim como um serviço que se caracterizava como um benefício previdenciário, “ao qual tinham direito apenas aqueles trabalhadores que contribuía para a Previdência Social”. (ROMERO, 2013, p. 1).

Dessa forma, assim como a dignidade da pessoa humana se concretiza na Constituição sob o contexto de um ordenamento jurídico mais humanizado, em que se verifica a confirmação do homem como sujeito de direitos e do Estado como seu garantidor, assume-se a saúde como direito social, constitucionalmente previsto, que surge também como reflexo dessa conjuntura de reivindicação de elementos que tornam o cidadão amparado pelo Estado para obter o mínimo para que a sua existência seja digna.

Nesse diapasão, Morais (2018, p.104) indica que a Constituição Federal de 1988 teria servido como símbolo temporal do estabelecimento do Estado Social e Democrático de Direito, o qual viria a suceder regimes autoritário, o que, conseqüentemente, exigiria nova conformação estatal, justificando o estabelecimento dos Direitos Fundamentais com a correspondente supremacia constitucional. (MORAIS, 2018, p. 104 *apud* FERREIRA, 2019, p. 17).

Portanto, conforme se verifica no artigo 6º da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a saúde é um direito social, ou seja, é de observância obrigatória do Estado Democrático, sendo elemento fundamental e que busca melhorar as condições de vida dos cidadãos e alcançar a igualdade social por meio da ação Estatal que o viabilizará. (MORAES, 2008, p. 193 *apud* MARTINS, 2011, p. 7).

A mesma constituição (BRASIL, 1988), em seu artigo 196, percebe a saúde também como um “direito de todos e dever do Estado”, devendo ser assegurada por políticas socioeconômicas para reduzir o risco de enfermidades e cujo acesso deve ser “universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Diante disso, Soares e Vidal (2017, p. 53) esclarecem que a Constituição Federal de 1988 traz uma “uma concepção ampliada de saúde, compreendendo-a para além da perspectiva curativa”, o que exige a atuação do Estado e a articulação das políticas sociais.

No que concerne às especificidades do direito à saúde, encontra-se o direito à saúde mental como uma ramificação deste direito maior, sendo consubstanciada pelo conjunto de procedimentos, técnicas e serviços disponíveis para o tratamento dos pacientes da área mental.

O direito à saúde mental, inclusive, também encontra-se impulsionado pelo pós Segunda Guerra Mundial, quando a saúde passa a ser considerada como qualidade de vida, englobando bem-estar físico, mental e social, e não se resumindo apenas em cura e prevenção.

Aos sobreviventes dessa guerra não restou alternativa senão reconstruir e buscar garantias de alguns direitos essenciais à sobrevivência do ser humano. Considerada o primeiro princípio para a felicidade, a saúde torna-se objeto da Organização Mundial da Saúde (OMS). (DALLARI, 2003 *apud* MARTINS, 2011, p. 13).

Além disso, menciona-se o Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado pelo Brasil em 1992, em que há o reconhecimento do “direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental”. (Art. 12 do Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992).

Dessa forma, verifica-se que o direito à saúde mental é internacionalmente reconhecido, tendo explícita previsão em diversas fontes jurídicas, como exemplo, no artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948, p.1), que o estabelece como fundamental e universal, ou seja, inerente a todo ser humano.

Assim, tem-se a saúde mental como uma vertente do direito à saúde, cuja previsão constitucional é facilmente constatada, bem como também se verifica no ordenamento jurídico internacional.

Por fim, observa-se que

O direito à saúde, assim como o direito à educação, à assistência social e à previdência social, são direitos impostos pela CRFB/1988, devem ser respeitados, pois fazem parte dos direitos fundamentais para a eficácia da dignidade humana. (CARVALHO, 2006, p. 651 *apud* MARTINS, 2011, p. 14).

Logo, constata-se o direito à saúde mental como elemento intimamente atrelado à dignidade da pessoa humana, sendo esta fundamental para o tratamento humanizado de pacientes psiquiátricos, uma vez que verifica-se o direito à saúde como essencial a esses indivíduos, estando diretamente relacionado à necessidade de assegurar-lhes condições mínimas existenciais para conviver em sociedade como um sujeito de direitos.

### 3 O TRATAMENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS NO BRASIL

A saúde, por ser um direito social, conforme estabelecido pelo artigo 6º da Constituição Federal (BRASIL, 1988), é caracterizado pela sua exigibilidade, que obriga o Estado a garantir a sua disponibilização a todos os cidadãos.

Os direitos sociais são, assim, direitos exigíveis, conquanto para a sua eficácia plena seja imprescindível, de uma forma ou de outra, a intervenção legislativa e a ação do Poder Executivo, inclusive mediante a gestão e a implantação de políticas públicas. (SCHWARZ, 2016, p. 267).

Assim, com a determinação da saúde como direito, foi necessário o surgimento de um sistema de saúde que reafirmasse a sua solidificação como direito social e também estabelecesse a sua promoção e o seu acesso com um conjunto de políticas públicas voltadas ao bem estar da comunidade.

Foi nesse contexto que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, como símbolo de um Estado Democrático de Direito mais humanizado, em que se percebe a disponibilização de uma série de medidas aplicadas para garantir a dignidade da pessoa humana e o direito à saúde, sendo estas as suas figuras centrais norteadoras.

“A consolidação normativa do Estado Democrático de Direito refletiu também na esfera dos interesses dos cidadãos, inclusive daqueles com transtorno mental.” (COSTA, 2003 *apud* MARTINS, 2011, p. 51).

É nesse diapasão que o tratamento dos pacientes psiquiátricos no Brasil se caracteriza como uma extensão do direito à saúde, mais especificamente da saúde mental, sendo a sua disponibilização no SUS uma exigência para a garantia do acesso a este direito e também como elemento balizador do próprio Estado Democrático.

Assim, para garantir que tal tratamento seja realizado de forma adequada, respeitando os pacientes e tendo real fundamento médico-científico, revela-se que foram necessários diversos movimentos sociais, como a Luta Antimanicomial, que resultou na Reforma Psiquiátrica e na consequente substituição dos hospícios pelos atuais Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Assim, a reforma psiquiátrica e o movimento antimanicomial vem romper o modelo de exclusão, reintegrando as pessoas acometidas por transtorno mental ao convívio social e familiar. Os CAPS são definidos como serviços estratégicos de substituição ao hospital psiquiátrico, onde as pessoas terão a oportunidade de construir uma nova forma de vida, tida como normal nos tempos atuais. A reforma psiquiátrica brasileira foi voltada para a

recontextualização das pessoas com transtornos mentais, por meio da garantia dos seus direitos e da cidadania. (MARTINS, 2011, p. 49).

Dessa forma, válido mencionar que é com a reforma psiquiátrica e com o movimento antimanicomial atrelados ao surgimento do SUS e ao desenvolvimento dos CAPS que o tratamento humanizado a estes pacientes é gradativamente assegurado, voltando a atenção à dignidade desses indivíduos.

Sobre a reforma psiquiátrica, Pereira (2017, p. 6) clarifica que esta foi de suma relevância para a própria consolidação do direito à saúde bem como para a sua garantia por meio do SUS.

Esse movimento aconteceu simultaneamente ao próprio movimento pela reforma sanitária brasileira, o qual tinha um duplo papel: a democratização da saúde e a redemocratização do país. Essas lutas caminharam juntas e os rumos e diretrizes para o setor saúde foram garantidos na Constituição Federal de 1988, culminando com a promulgação da Lei 8080/90 que dispõe sobre Sistema Único de Saúde. (RIBEIRO, 2004 *apud* PEREIRA, 2017, p. 6).

Além disso, com o embasamento legal oferecido pela Constituição Federal de 1988, que confirma a dignidade da pessoa humana como princípio basilar da sociedade, verifica-se que o tratamento disponibilizado aos pacientes psiquiátricos no país se caracteriza como um amparo dado aos cidadãos, cuja responsabilidade é confirmadamente estatal. Para Romero (2013, p. 11), “o papel do Estado é o de garantir o exercício universal desse direito.”

### **3.1 Princípios do Sistema Único de Saúde e reflexos no tratamento psiquiátrico**

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), “é o meio pelo qual o Estado organiza e promove a saúde, sendo a principal política pública e a mais importante instituição desta área.” (RODRIGUES, 2016, p. 26).

Sobre a definição e a relevância do SUS, faz-se relevante mencionar também o que preceitua Aith (2007, p.340), ao observar que

O SUS representa a mais importante instituição jurídica do Direito Sanitário brasileiro na medida que integra e organiza diversas outras. O Sistema Único de Saúde é composto pelo conjunto de instituições jurídicas responsáveis pela execução de ações e serviços públicos de saúde. Trata-se de um sistema que define, harmoniza, integra e organiza as ações desenvolvidas por diversas instituições organismos de Direito Público existentes no Brasil, como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as Agências Reguladoras [...].

Já com relação à previsão no ordenamento jurídico brasileiro, apesar desta se concretizar com a LOS, também se constata na Constituição Federal (BRASIL, 1988), ao verificarmos que seu artigo 198, caput e incisos I a III, prevê as políticas públicas de promoção à saúde por meio de um sistema unificado, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Além disso, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como sobre a transferência de recursos financeiros, complementa-se que estas são reguladas pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que também compõe este sistema.

[...] é composto pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080 que define a organização e funcionamento das ações (promoção, proteção e recuperação) e serviços de saúde, e a Lei 8.142 que dispõe dos mecanismos de participação da sociedade civil na gestão, implementação e fiscalização da política de saúde (Conselhos de saúde e Conferências), bem como das exigências necessárias para que haja o repasse de recursos financeiros entre as três esferas do governo no âmbito da saúde. (BRAVO; MATOS; ARAÚJO, 2001 *apud* SOARES; VIDAL, 2017, p. 31-32).

No que concerne a sua criação, imperioso mencionar que esta vinha sendo discutida antes mesmo da Constituição Federal de 1988, com o movimento da Reforma Sanitária e com o crescimento do debate no que se refere à responsabilização estatal pela promoção da saúde.

Em março de 1986, pela Conferência Nacional de Saúde, a implementação do SUS foi largamente discutida, visto que a sociedade aspirava por mudanças nesta área. Ainda, nos anos de 1970 e 1980, pela chamada reforma sanitária, a população buscava que o modelo de assistência médica privada fosse modificado, visto que o Estado é quem deveria promover a saúde. (AGUIAR, 2011, p.43-44 *apud* RODRIGUES, 2016, p. 23)

Com isso, conclui-se que o SUS é o principal mecanismo de garantia ao acesso universal à saúde, sendo imperativo destacar os princípios basilares que o norteiam, quais sejam, a universalidade, a equidade e a integralidade.

Com relação à universalidade, tem-se que esta é a garantia do acesso ao sistema de saúde por toda pessoa, devendo ser assegurado de maneira imparcial, sem distinção ou privilégio entre os usuários.

Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito a acesso em todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. (BRASIL, 1990 *apud* BERNARDES, 2005, p. 50).

A equidade se caracteriza por ser a possibilidade de alguém acessar de forma justa os recursos do sistema de saúde adequados para sua respectiva enfermidade, não devendo haver acesso diferenciando entre um indivíduo ou grupo de indivíduos em relação a outros, pois todos devem ser igualmente tratados até o limite do que o SUS pode ofertar. (CHETRE, 2000 *apud* BERNARDES, 2005, p. 58).

Segundo a Fundação Oswaldo Cruz o princípio da equidade se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade. (FIOCRUZ, 2021 *apud* SILVA, 2021, p. 31).

Diante disso, válido mencionar que “a noção de equidade está estreitamente relacionada à idéia de igualdade”. (ALMEIDA, 2002 *apud* BERNARDES, 2005, p. 55).

Destarte, verifica-se que a equidade ganha espaço para assegurar, também, uma sociedade mais igualitária, em que as desigualdades sociais são apaziguadas. Em suma, a equidade se consolida nas políticas sociais de saúde “com vistas ao resgate de uma dívida social acumulada em décadas de exclusão e à ampliação dos direitos sociais.” (SENNA, 2002 *apud* BERNANDES, 2005, p. 59).

Por fim, destaca-se que a universalidade do sistema de saúde, conforme Bernardes (2005, p. 60), “é condição fundamental para a equidade, no sentido de que, no SUS, esta é garantida pela gratuidade no uso dos serviços, evitando-se assim que barreiras econômicas restrinjam o consumo.”

Já a integralidade é a garantia da oferta dos serviços de saúde, tanto de prevenção quanto de assistência, pelo ente público, sendo o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, 1990 *apud* SILVA, 2021, p. 31).

Na integralidade da atenção, o que a população exige do SUS é que ele tenha a capacidade de atender aos problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade, cuidando da qualidade da saúde, e não apenas sendo capaz de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida. (BERNARDES, 2005, p. 65-66).

Diante disso, reafirma-se a responsabilidade estatal na organização e na promoção da saúde, efetivada por meio do aparato viabilizado e disponibilizado pelo

Sistema Único de Saúde, cujos fundamentos básicos são os princípios supramencionados.

[...] sabe-se que a responsabilidade de organizar e promover a saúde para todos, através dos serviços e ações é do Estado, pertencendo ao Sistema Único de Saúde cumprir com esse objetivo. Pois, compreende-se que é esta instituição, a qual possui os mecanismos necessários para garantir o desenvolvimento das atividades prestacionais da saúde em todo o país. (AITH, 2007, p.340 *apud* RODRIGUES, 2016, p. 25).

Nesse ínterim, para garantir o acesso universal e integral à saúde mental, em que se evidencia também a equidade para os usuários, constata-se a adoção da residências terapêuticas e dos CAPS como principal sinal de avanço não só a tais princípios, como também ao da dignidade da pessoa humana, observando-se que é com a instituição desses locais que se enfraquecem os hospícios e, conseqüentemente, os resquícios do tratamento psiquiátrico tradicionalmente assumido.

Em 2001 foi realizada na Cidade de Brasília-DF, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual teve participação ativa de usuários e seus familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde com o intuito de avançar na construção de diretrizes, estratégias e formulação de uma política de saúde mental, onde foi recomendado que os Centros de Atendimento Psicossociais-CAPS fossem os responsáveis pela mudança no modelo de atenção. (BRASIL, 2005 *apud* PEREIRA, 2017, p. 8).

Dessa forma, aplicando os princípios basilares do SUS ao tratamento dos pacientes psiquiátricos, os CAPS, que são atualmente a principal entidade responsável, promovem um tratamento mais humanizado a esses indivíduos, que têm garantidos o acesso aos serviços e a possibilidade de utilizar todos os recursos disponíveis de maneira igualitária a de outros pacientes.

Em complementação, pondera-se que a existência dos CAPS guiado pelos princípios fundamentais do SUS está diretamente atrelada à necessidade de assegurar aos seus usuários condições mínimas existenciais para conviver em sociedade como um sujeito de direitos.

### 3.1.1 A estruturação do sistema de saúde para o tratamento adequado dos pacientes psiquiátricos

Com relação a estruturação do SUS, pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), inicialmente, cabe destacar que este surgiu sob um contexto socioeconômico fragilizado, em que o país enfrentava “políticas de ajustes fiscais

neoliberais em nome do equilíbrio macroeconômico” que afetou significativamente o campo das políticas sociais. (BEHRING, 2008 *apud* SOARES e VIDAL, 2017, p. 32).

Foi em razão desse cenário, que os ideais de privatização e intervenção mínima do Estado ganharam força, na década de 1990, iniciando no governo do presidente Fernando Collor de Melo e se consolidando no governo de Fernando Henrique Cardoso, com a implementação da Reforma Administrativa do Estado. (BEHRING, 2008 *apud* SOARES e VIDAL, 2017, p.33).

[...] aprovado o projeto de Reforma Administrativa do Estado, a saúde deixou de ser responsabilidade exclusiva do Estado, dando margem para que os serviços de saúde fossem prestados por organizações sociais. Sendo assim, iniciou-se as implementações de um novo modelo de gestão na saúde, que intensificou a precarização do SUS e privilegiou a entrada institucionalizada do mercado privado na saúde. (SOARES, 2010 *apud* SOARES e VIDAL, 2017, p. 35)

Em complementação, verifica-se que, entre as décadas de 1990 e 2000, direito à saúde foi tratado com negligência pelo Estado, ocorrendo a violação a e mercantilização desse direito social

[...] devido a ausência demasiada do Estado na área social suscitada por uma política macroeconômica neoliberal que defendia uma economia de mercado, ou seja, prezava pelas recorrentes privatizações dos direitos sociais, já que eram considerados gastos dispendiosos para o cofre público, impossibilitando assim a reprodução ampliada do capital. (SOARES e VIDAL, 2017, p. 54).

E é justamente nessa disputa entre o projeto de reforma sanitária, que atribuía ao Estado a responsabilidade por garantir o direito à saúde, com ações e serviços universais, igualitários e equitativos, e o projeto privatista, que “concebia a saúde como mercadoria, fundamentado na política de ajuste fiscal, que defendia um Estado mínimo na prestação de serviços, com ações básicas e focalizadas de saúde” (SOARES e VIDAL, 2017, p.36), que o SUS se estabelece, por meio da Lei nº 8.080/90.

É nesse ínterim, também, que a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 surge como uma regulamentação do SUS para promover a descentralização da gestão e da administração da saúde, permitindo que os municípios possam agir de forma mais autonomia e possam criar “novos modelos de atenção à saúde”, incluindo a contratação de prestadores de serviço do setor privado. (POLIGNANO, 2001 *apud* SOARES e VIDAL, 2017, p. 35).

Sobre as Normas Operacionais Básicas (NOB), que complementam a regulamentação dada ao SUS, salutar explicar que estas funcionam como

dispositivos que tem como propósito regulamentar a sistematização das ações de saúde, os aparelhos de controle social, bem como também o repasse de recursos financeiros intergovernamentais. (Polignano, 2001 *apud* SOARES e VIDAL, 2017, p. 33).

Com relação às diretrizes para a estruturação da assistência à saúde mental, Martins (2011, p. 50) esclarece que estas foram adotadas pelo Ministério da Saúde, após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, cujo tema era: “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, modelo assistencial e direito à cidadania.”.

É nesse contexto que surge o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como uma instituição voltada à saúde mental e como uma medida alternativa ao hospital psiquiátrico.

Os CAPS são serviços de saúde, abertos, comunitários que realizam acompanhamento clínico diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e auxiliam na reinserção social através de práticas terapêuticas que envolvem entre outras atividades o trabalho e o lazer. (KNOPP, 2012, p. 33)

Com relação aos objetivos do CAPS, Knopp (2012, p. 32-33) esclarece que são: “Atendimento clínico em regime de atenção diária; Promover a inserção social; Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios.”

Logo, verifica-se que estes centros funcionam como locais para atendimento e amparo aos pacientes, em que o usuário não se estabelece permanentemente, como na internação do antigo modelo de tratamento psiquiátrico, mas sim recebe o tratamento e volta para casa.

Os CAPS tem a função de prestar atendimento clínico diário, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. (BRASIL, 2010-I *apud* MARTINS, 2011, p. 54).

Apesar disso, conforme Monteiro (2015, p. 138) observa, apesar do surgimento dos CAPS e da perspectiva apresentada pela II Conferência Nacional de Saúde Mental, “há a abertura de serviços que propunham as mudanças no atendimento, mas sem a exclusão do debate sobre a extinção dos manicômios”.

Mesmo assim, os CAPS ganham força, em virtude do movimento antimanicomial, como principal medida a ser utilizada para extinguir os hospícios,

em virtude de seu modelo voltado à saúde mental sem utilizar o tradicional método de internação, visando um atendimento ambulatorial e que reinsere o paciente no meio social.

O primeiro CAPS do Brasil surge na década de 1980 com o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e representa a efetiva implementação de um novo modelo de atenção ao doente mental atendido na rede pública de saúde, cuja ideologia era a superação do modelo asilar utilizado. (CAMPOS e FURTADO, 2006 *apud* MARTINS, 2011, p. 54).

Além disso, necessário ressaltar que, foi em virtude desse contexto de instabilidade política e social, atrelado ao movimento antimanicomial e ao recém criado Sistema Único de Saúde, que, para viabilizar o acolhimento aos pacientes de saúde mental, além da criação dos CAPS, também era permitida a existência de clínicas credenciadas ao SUS, que prestavam esse serviço de atendimento psiquiátrico.

Assim, no que tange aos cuidados ofertados para a saúde mental, verifica-se que o Sistema Único de Saúde se estruturou em um período de disputas entre dar ao Estado real responsabilidade sobre a saúde, ou deixar que esta fosse mínima, tendo sido necessários eventos complementares, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, a luta antimanicomial e a criação da Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/91) para que o acesso à saúde fosse melhor garantido aos pacientes psiquiátricos.

### **3.2 Reforma psiquiátrica**

A Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu em um contexto de ineficácia dos métodos até então utilizados para realizar o tratamento psiquiátrico bem como pela superlotação dos manicômios, o que ensejou a modernização da metodologia aplicada aos pacientes mentais.

Anteriormente ao movimento da Reforma Psiquiátrica, o atendimento psiquiátrico concentrava-se nos manicômios e era baseado no asilamento. O paciente perdia o contato com a família e com o contexto social onde vivia, minimizando qualquer possibilidade de recuperação e estabilização, além de muitas vezes o atendimento hospitalar contrariar regras básicas de humanização. (KNOPP, 2012, p. 15).

Diante disso, válido mencionar que, de acordo com Carvalho (2019 *apud* OLIVEIRA, 2019, p. 13), há uma divisão da reforma em dois períodos, “a primeira de

1978 compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, de 1992 destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra hospitalares”.

Com relação às primeiras movimentações favoráveis à reforma, estas ocorreram na década de 1970, período marcado pelos movimentos sociais em prol dos direitos dos pacientes com transtornos mentais. Sobre isto, Martins (2011, p. 59) evidencia que o seu embasamento se encontra na “busca da recontextualização das pessoas com transtornos mentais, por meio da garantia dos seus direitos e do exercício da cidadania.”

Ainda, ressalta-se também a relevância dos próprios trabalhadores da área da saúde para evidenciar as queixas relacionadas ao então modelo de promoção da saúde mental encontrado no país e para fortalecer o movimento antimanicomial.

Em 1970, iniciou-se no Brasil um amplo processo denominado Reforma Psiquiátrica, protagonizado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que denunciou violências ocorridas em manicômios naquela época, a mercantilização da loucura, o monopólio de uma rede privada de assistência, sustentado no modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais. (PRADO, 2015 *apud* OLIVEIRA, 2019, p. 13).

Além disso, válido destacar que os protestos para a reforma psiquiátrica, na década de 1970, são concomitantes aos da reforma sanitária, que se deu em virtude da falta de um sistema de saúde que, de fato, amparasse a população.

A falta de capacidade das instituições atenderem as reais necessidades das demandas de saúde da população foi visto como um problema de ordem estrutural, institucional e política, e em resposta a isto nos anos 60, o movimento social das elites progressistas que lutavam pelas reformas de base, lança a defesa por uma reforma sanitária. (SOARES, VIDAL, 2017, p.27).

Com relação às insatisfações que motivaram a reforma psiquiátrica, Pereira (2017, p. 7) esclarece que estas se embasam nas denúncias de violência ocorridas nos hospícios, o que ensejou o clamor pelos ambulatorios como alternativa a estes locais.

A partir disso, visando dirimir essas agressões físicas e morais decorrentes da internação e também extinguir os hospitais psiquiátricos, a adoção dos ambulatorios foi apontada como principal meio de substituição destes hospícios.

Contudo, os ambulatorios ganharam espaço “como unidades encaminhadoras de pacientes psiquiátricos às instituições de internação da rede

privada”, estas últimas adotando, até a atualidade, a internação e a terapia medicamentosa. (PAULIN e TURATO, 2004 *apud* PEREIRA, 2017, p.7-8).

Foi somente com a consolidação dos CAPS que o tratamento ambulatorial se firmou como medida substitutiva.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre todos os dispositivos de saúde mental, marcaram um progresso indiscutível para a reforma psiquiátrica brasileira, o tratamento ambulatorial vem, aos poucos, substituindo o tratamento de internação hospitalar. (BRASIL, 2010-I *apud* MARTINS, 2011, p. 54).

Dessa forma, nota-se que nas décadas de 1980 e 1990 a assistência psiquiátrica sofreu aprimoramentos significativos que já iam de encontro ao fim dos hospitais psiquiátricos.

No entanto, já nas décadas de 1980 e 1990, o Brasil passou por uma grande transformação na assistência psiquiátrica, resultante da organização do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, o qual tinha na sua proposta principal substituir os hospitais psiquiátricos, tidos como segregadores e iatrogênicos, por serviços mais estruturados em promover a ressocialização dos usuários. (SANTOS, OLIVEIRA, YAMAMOTO, 2009 *apud* PEREIRA, 2017, p. 6).

Portanto, tem-se um contexto de manifestações favoráveis a assistência psiquiátrica humanizada em que se verifica também a busca pela democratização da saúde, tendo se garantido na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) as diretrizes essenciais à efetivação da saúde como direito nos moldes requeridos pela população (PEREIRA, 2017, p. 6).

No que tange ao projeto democratizante, verifica-se que a luta por direitos, consagrada pela promulgação da Constituição de 1988, influenciou também a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual estabeleceu as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. (ADEODATO, 2018, p. 15).

Assim, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01) aparece como elemento fundamental à efetivação das reivindicações trazidas pelos movimentos que buscavam reestruturar o tratamento dado aos pacientes da área da saúde mental, “diminuindo as práticas violentas empregadas às pessoas com agravos mentais e dando espaço para movimentos sociais que lutam pelos direitos desses pacientes.” (BRASIL, 2005 *apud* PEREIRA, 2017, p. 7).

A lei em questão proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos, a contratação, pelo serviço público, de leitos e unidades particulares deste tipo e estabelece que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e,

como finalidade primordial, propõe a reinserção social do portador de transtorno mental. (ADEODATO, 2018, p. 15).

É nesse sentido que Martins (2011, p. 50) afirma que a reforma psiquiátrica, além de manifestar o avanço do SUS na assistência dada a estes indivíduos, “impulsionou a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde, que mudou o foco da hospitalização como centro ou única possibilidade de tratamento aos pacientes.”

Foi com a Reforma Psiquiátrica que se deu também uma série de medidas elaboradas pelo Ministério da Saúde para assegurar a efetivação da reforma.

A partir da década de 1990, a Reforma Psiquiátrica se tornou política pública no Brasil, ganhando impulso em 2001 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde. Neste período, entraram em vigor no País as primeiras normas federais, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (ADEODATO, 2018, p. 15).

Por fim, para entender melhor todo o contexto em que a reforma psiquiátrica se fortaleceu, faz-se necessário entender toda a evolução histórica da psiquiatria no país e como ocorria o tratamento dos pacientes psiquiátricos pela medicina e pela própria sociedade.

### 3.2.1 Evolução histórica do tratamento psiquiátrico no Brasil

Inicialmente, é válido entender a historicidade existente no Brasil com relação aos pacientes psiquiátricos, eivada de períodos em que estes indivíduos foram tratados de forma negligente e às margens da sociedade, não sendo vistos como cidadãos de direito, mas como seres objetificados, cujos interesses eram sempre subpostos aos daqueles considerados normais.

Para Silva (2010, p.18), é imprescindível que, juntamente com essa análise da evolução cronológica, perceba-se também “como o conceito de ‘loucura’ perpassa a história do homem ocidental ao longo do tempo e como os avanços no campo da medicina psiquiátrica contribuíram para o seu desencadeamento”.

Moraes (2020, p.54) pontua que até a metade do século 19, loucura e deficiência intelectual eram tratadas como sinônimos, acrescentando que a pessoa acometida por tal fator “era denominada tecnicamente até então como imbecil,

oligofrênica, idiota, débil mental, mongolóide, retardada, excepcional, cretina e deficiente mental.”

Sobre a loucura, Foucault (2005, p. 186), após analisar a definição enciclopédica, que a caracteriza como o afastamento convicto da razão atrelado a uma fraqueza, verifica que:

O louco afasta-se da razão, mas pondo em jogo imagens, crenças, raciocínios encontrados, tais quais, no homem de razão. Portanto, o louco não pode ser louco para si mesmo, mas apenas aos olhos de um terceiro que, somente este, pode distinguir o exercício da razão na própria razão.

É nesse contexto que se extrai o primeiro parâmetro utilizado para definir se um indivíduo era “normal” ou não. O então “louco” era todo indivíduo cujos comportamentos eram considerados fora dos padrões tidos como racionais em determinada sociedade. Assim, verificada a loucura, submetia-se ao ostracismo, em virtude de sua suposta inferioridade racional.

É sob essa percepção que surgiram os hospitais e as casas de misericórdia como espaço para acolhimento, sendo locais em que “os religiosos recebiam excluídos, doentes, loucos, miseráveis e desgraçados para confortá-los e, de alguma forma, minorar seu sofrimento”. (JACOBINA, 2008, p. 62).

Assim, verifica-se que, no Brasil, primordialmente, os cuidados dados a estes indivíduos ficavam sob a responsabilidade de religiosos, e não necessariamente de profissionais da saúde.

Sobre isto, ressalta-se que, apesar das primeiras escolas nacionais de medicina terem surgido no início século XIX, sendo estas a Faculdade de Medicina da Bahia e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ambas criadas em 1808, Ribeiro (1999, p. 19) leciona que apenas em 1881 a cátedra da psiquiatria se consagrou.

É nessa conjuntura de recolhimento dos indesejados e de ausência de cuidados médicos específicos para aqueles considerados “alineados” que se estabelece o primeiro hospital psiquiátrico do país, o Hospício de Pedro Segundo, fundado pelo Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841.

Com relação aos antecedentes que ensejaram tal criação, Gonçalves (2012, p. 2) esclarece que os debates surgiram mais de uma década antes, na década de 1930, em virtude da formulação, pelos membros da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, de “questionamentos sobre o tratamento dispensado aos alienados mentais, reclusos

nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia, assim como protestavam contra a livre-circulação de loucos pelas ruas”.

Diante disso, percebe-se o nítido incômodo que a presença desses indivíduos causava na sociedade, não sendo uma característica exclusiva daquela região, mas sim que abrangia todo o território nacional.

Tal fator é percebido quando Jacobina (2008, p. 66) verifica que o crescimento acelerado da cidade de São Paulo entre os séculos XIX e XX e o consequente aumento populacional daqueles não aceitos pela sociedade da época está intimamente atrelado com a necessidade de “higienizar” o município, removendo estes do convívio social.

Tratava-se, então, de estabelecer uma cidade *limpa e racional*, purificando-a de todos os elementos que destoassem dessa racionalidade. A diferença estabelecida pela *loucura*, como a diferença estabelecida pelos vícios, pela miséria, pela deficiência, pelo desajuste de forma geral, seria resolvida - como ainda é - pela *exclusão*. (JACOBINA, 2008, p. 66)

Portanto, tem-se a reclusão desses “irracionais” como ponto máximo encontrado para resolver o “problema social”, dando-se início aos internamentos nos hospícios. Sobre isso, Foucault (2005, p. 141) preconiza que “Num certo sentido, o internamento aparece como um exorcismo bem-sucedido.”

São nesse mesmo viés as queixas e as observações de Francisco Franco da Rocha com relação ao Hospício de Várzea do Carmo, onde trabalhou por anos, desde 1891.

Com frequência, em artigos para os jornais da Capital, o médico denunciava as precárias condições do hospício, muitas vezes caracterizado como *um casarão fechado e de aspecto soturno*. Afirmava sempre que a situação deficiente do internado agravava a situação psíquica dos pacientes. (ROCHA, 1912, p.4 *apud* TAVOLARO, 2001, p. 28 *apud* JACOBINA, 2008, p. 66-67)

Com as críticas à qualidade da assistência dada aos pacientes psiquiátricos dos mais diversos hospícios do país e com os recorrentes relatos de precarização dos internos, logo surgiram movimentos para aprimorar os tratamentos disponibilizados. Apesar disso, os ideais continuaram seguindo os preceitos da época, como explica Jacobina (200, p. 67):

Nesse contexto, surgiu a *Liga Brasileira de Higiene Mental*, ainda no período da chamada República Velha. Originalmente, com o objetivo de melhorar a assistência psiquiátrica e de aperfeiçoar o cuidado aos doentes, a Liga abraçou logo os ideais eugenistas, especialmente no final dos anos 1920 - fruto de sua orientação política direitista e dos preconceitos

estabelecidos na época pela influência científica trazida da Europa, juntamente com os ideais nazifascistas que estavam se fortalecendo por lá.

Nesse interim, imperativo destacar o caso do Hospital Colônia de Barbacena, fundado em 1903, em Minas Gerais, e cujo período de funcionamento mais emblemático, entre os anos 1930 e 1980, ficou conhecido como “Holocausto Brasileiro”, em virtude da ocorrência dos mais variados casos de violência, agressão e descaso com os internos.

Foi com esse tratamento cruel e degradante que o referido hospital ganhou grande repercussão nacional e internacional, escancarando a então realidade do tratamento dado aos pacientes psiquiátricos do país, que eram negligenciados pelo próprio Estado. Foi nesse panorama que Moraes (2020, p. 56) registrou:

Em visita ao Hospital Colônia no ano de 1979, um grande médico italiano chamado Franco Basaglia – referência mundial na busca pela humanização dos modelos de atendimento – declarou ao mundo que em nenhum lugar do mundo tinha visto uma tragédia daquele tamanho, equiparando o lugar a um campo de concentração (idem). Este médico passa a ser o símbolo para a luta do modelo antimanicomial.

Sobre tal situação, Moraes (2020, p.138) esclarece que trata-se de uma “herança histórica de tortura e mortificação presente na chamada assistência à saúde mental”, resultado da visualização do paciente como uma coisa, e não como uma pessoa digna. Acrescenta-se ainda que

[...] muitas pessoas estavam vulneráveis à negligência e maus-tratos dos seus colegas hospitalizados e também por parte do próprio corpo médico, o qual frequentemente coisificava o paciente, utilizando-os em experimentos da mesma forma como eram exercidas as práticas nazistas. (MORAIS, 2020, p 139).

Com relação aos tratamentos utilizados nos hospitais psiquiátricos, tem-se como comuns práticas invasivas, que desrespeitavam não só a integridade moral do paciente, como também a física. Foi esse o cenário encontrado pela psiquiatra Nise da Silveira, ao chegar no Hospício Pedro Segundo, na década de 40. “Assim que iniciou o trabalho no Centro Psiquiátrico Pedro II, teve muitos enfrentamentos com as práticas da psiquiatria, tais como a lobotomia, eletrochoque e coma insulínico nesta instituição.” (Mello, 2014, *apud* Oliveira, 2020, p.38).

Válido ressaltar que, atrelado a esse tipo de tratamento, o referido hospital também utilizava terapia medicamentosa desde o início de suas atividades, ainda no século XIX, como explica Gonçalves (2012, p. 12)

A referência à utilização metódica de substâncias medicamentosas, como o bromureto de potássio, entre outras, no combate às moléstias nervosas, em observações colhidas na Casa de Saúde do Dr. Eiras e mesmo no Hospício Pedro II, demonstram-nos que a terapêutica medicamentosa era amplamente aplicada no tratamento de indivíduos acometidos das diferentes formas de “nervoses”, incluindo a alienação mental. [...] Quanto ao tratamento aplicado no Hospício Pedro II, crê-se que esta instituição apresentava o caráter misto destacado por Ludovino da Silva e por Manoel José Barbosa quando da explanação sobre o tratamento por eles dispensados aos alienados. Repressão, persuasão, trabalho físico e intervenção medicamentosa, eis a terapêutica aplicada.

Salutar observar que, além do uso de fármacos e tratamento tradicional, sendo este consistente no isolamento atrelado ao uso da força e às invasões ao corpo, como exemplo, as já mencionadas lobotomia e camisa de força; alguns médicos, como Franco da Rocha, já utilizavam as habilidades dos internos com valor terapêutico.

[...] prática intermediária e composta, em certa medida, por um sistema de troca de favores e algo que se assemelhava ao trabalho escravo; tal como o escravo, o paciente duplamente alienado não vendia sua força de trabalho em razão de um salário, mas em troca de sua estadia no hospício, de fumo e da liberdade de passear. Assim, sua vida era cerceada pela doença reconhecida a partir da prerrogativa médica de internação, seu respectivo laudo de incurabilidade e também pelo trabalho. (ROCHA, 1899, p. 12 *apud* BALAGUER, 2014, p. 10).

É nesse cenário que surge o primeiro grande embate com relação aos métodos médicos utilizados, sendo Nise da Silveira a protagonista. Para Oliveira (2020, p. 38), “Neste rompimento com a psiquiatria tradicional, ela seguiu outro caminho propondo a terapêutica ocupacional como um método não agressivo, pensando na afetividade como importante diretriz de cuidado com o outro.”

Dessa forma, a psiquiatra, por meio da Terapia Ocupacional, buscou valorizar os trabalhos manuais como estímulo central aos pacientes para a reabilitação. Contudo, a utilização de tal método não teve força suficiente para, de fato, impactar e reestruturar o tratamento psiquiátrico do país, visto os inúmeros entraves observados pela médica, conforme explica Magaldi (2019, p. 642).

Ademais, em seus relatórios, Nise sublinha, além de falta de pessoal, deficiência de verbas e superlotação hospitalar, o fato de que, no âmbito nacional das políticas públicas de saúde, seu trabalho tampouco vingou, dissolvendo-se em diversas tentativas falhas ao longo de sucessivos governos.

Logo, verifica-se a manutenção de um tratamento médico tradicional que rejeita a utilização de metodologias alternativas, como as apresentadas por Nise, em detrimento da conservação de um sistema de saúde baseado em uma relação

hierarquizada entre médico e paciente e atrelado à visão de cuidado com os pacientes mentais voltada ao “controle” psíquico por meio de fármacos.

Esse controle é percebido quando se verifica a punição aplicada aos internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, que ia desde a ingestão de altas dosagens de medicamentos até mesmo a eletroconvulsoterapia. (TAVOLARO, 2002 *apud* COSTA, 2017, p. 155).

Dentre as terapias então utilizadas encontram-se a malarioterapia e a traumatoterapia. A primeira consistia na inoculação do vírus da malária no paciente para que, através da febre e de tremores, surgisse a cura. A segunda, criada pelo próprio psiquiatra Franco da Rocha, baseava-se em terapias ligadas à violência corporal como pancadas em determinadas partes do corpo, jatos de água, choques, dentre outras. (TAVOLARO, 2002 *apud* COSTA, 2017, p. 155)

Diante disso, ressalta-se que, com a introdução da farmacologia no tratamento psiquiátrico, houve a crescente substituição dessa metodologia em detrimento das práticas de lobotomia e eletroconvulsoterapia compulsória, bem como do uso da camisa-de-força. Contudo, Monteiro (2015, p. 118-119) esclarece que a medicalização “não libertou os loucos da violência sobre os seus corpos e sobre as suas subjetividades”, ou seja, a manutenção da terapia medicamentosa como principal forma de tratamento não extinguiu o uso de tratamentos invasivos e sub humanos.

Por fim, reafirma-se a relevância em analisar o contexto histórico da assistência dada aos pacientes psiquiátricos no país. Tal fato é reiterado por Moraes (2020, p. 20), ao extenalizar que “há a necessidade de expor a realidade crassa de nosso histórico-brasileiro, ilustrando uma cultura brasileira de morte e tortura das pessoas com deficiência mental e dos que detém transtornos mentais.”

### 3.2.2 Lei Antimanicomial

Com toda a repercussão conseguida com o movimento antimanicomial em prol da reforma psiquiátrica, o Deputado Paulo Delgado, em 1989, levou ao parlamento o Projeto de Lei nº 3.657/89.

O Projeto de Lei apresentado pelo Deputado representava a tentativa de materialização legislativa dos almejos da movimento antimanicomial, uma vez que esta dispunha “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por

outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.” (BRASIL, 1989).

Apesar disso, foi somente no ano de 2001 que as reivindicações ganharam real amparo jurídico, com a aprovação da Lei nº 10.216/01, também conhecida como Lei Paulo Delgado, Lei Antimanicomial e Lei da Reforma Psiquiátrica, substituindo o projeto de lei originalmente apresentado pelo político, mas representando grande impacto no que se refere ao tratamento dado aos pacientes mentais.

“A Lei 10.216/2001 garante muitos direitos aos portadores de transtornos mentais, bem como a participação da família no projeto terapêutico do paciente e a proteção contra qualquer tipo de abuso.” (COSTA, 2014 *apud* OLIVEIRA, 2019, p. 19).

Assim, pode-se verificar que, com a Lei nº 10.216/01, redireciona-se a assistência dada à saúde mental, dando maior importância à atuação do núcleo familiar e social, ao privilegiar o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, oferecendo maior proteção aos portadores de transtornos mentais; no entanto, não há no referido dispositivo legal clareza sobre a extinção progressiva dos hospícios. (BRASIL, 2005 *apud* KNOPP, 2012, p. 28).

De toda forma, é nesse contexto que Knopp (2012, p. 32) afirma que a “Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade.”

Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de Saúde Mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. (BRASIL, 2005 *apud* KNOPP, 2012, p. 28).

Nesse mesmo contexto, releva-se que, com a referida Lei, regulamentam-se as internações involuntárias e sem previsão de alta, como resultado de “um processo social que envolve mudanças assistenciais, de acordo com pressupostos técnicos e éticos, onde são respeitados os direitos humanos”. (OLIVEIRA, 2019, p. 8).

Por fim, esclarece-se que a Lei da Reforma Psiquiátrica representa uma conquista da Luta Antimanicomial, tendo consolidado anos de reivindicações que ensejaram a reforma do modelo de tratamento da saúde mental, que buscavam dar mais humanidade e dignidade aos pacientes.

Fundadora da lei é o Movimento Nacional de luta Antimanicomial e seus fundamentos: humanismo, ciência, técnica, comunidade, afeto e história. Era preciso continuar o trabalho de todos aqueles profissionais e leigos, que alertas e sensíveis, buscavam reorientar a medicina moderna na direção que aponta para a unidade corpo-espírito e querer, assim, encontrar a origem, a fabricação das doenças orgânicas, físicas e mentais. (DELGADO, 2011, p. 4702 *apud* MONTEIRO, 2015, p. 139).

Portanto, como resultado da Lei Antimanicomial, tem-se a responsabilidade estatal para garantir políticas públicas para a saúde mental (3º) e o tratamento com base na reinserção social do paciente, havendo internação somente na ineficiência dos serviços extra-hospitalares (art. 4º), e também direito à integral assistência psicossocial (art. 5º).

### 3.2.3 A atual internação de pacientes psiquiátricos: requisitos e admissibilidades

Knopp (2012, p. 38) esclarece que “O modelo para Saúde Mental no Brasil é diferenciado por setores: “público, privado, conveniado ou não, consultórios particulares e planos de saúde.”

Assim, em relação ao setor público, destacam-se as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), integradas ao SUS e que se apresentam como um conjunto de medidas “para atender as pessoas em sofrimento com demandas de transtornos mentais, consumo de álcool e drogas, estabelecendo os pontos de atenção para este tipo de atendimento”. (BRASIL, 2013 *apud* OLIVEIRA, 2019, p. 8).

Estas redes de atenção são compostas por serviços variados tais como: os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UA), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (BRASIL, 2013 *apud* OLIVEIRA, 2019, p.9).

Atualmente, os CAPS são a principal forma de assistência psiquiátrica utilizada no país, tendo iniciado como uma alternativa aos hospícios, mas se consolidado como a medida que os substituiu.

Os centros de atenção psicossociais tiveram como objetivo inicial e principal, apreender a escuta qualificada e o acolhimento, para o atendimento qualificado e humanitário desta população, através da necessidade em compreender sua dinâmica, a forma como os atores interagem e os sentidos que lhes são atribuídos neste campo de atuação, pois suas contribuições delineiam novos modos de cuidar em enfermagem. (DA COSTA, et al. 2014 *apud* OLIVEIRA, 2019, p. 14).

“A implementação dos CAPS, como parte da política nacional de atenção à saúde mental em detrimento ao manicômio, surgiu no bojo dessas discussões e nas lutas sociais que emergiram no final da década 1980.” (MONTEIRO, 2015, p. 113).

Com relação aos CAPS, importa mencionar que estes possuem subdivisões, podendo ser divididos de acordo com o tamanho do município em que está localizado, bem como pelo público que atende.

A Portaria/GM nº 336, de 19/02 de 2002, redefiniu os CAPS em relação à sua organização, porte e especialidades. Desde então, passaram a existir os CAPS I, CAPS II, CAPS III, que são destinados a pessoas em intenso sofrimento psíquico, decorrente de transtornos mentais. O CAPSi (infantil ou infanto-juvenil) destinado a menores de 18 anos, que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrentes de transtornos mentais e/ou abuso de substâncias e CAPSad (álcool e drogas), destinado a qualquer público que apresente intenso sofrimento psíquico, decorrente do uso de álcool e drogas. E o CAPSasIII, destinado ao público, que além do intenso sofrimento psíquico, necessite de cuidados clínicos. (AMARANTE, 2018 *apud* OLIVEIRA, 2019, p. 14).

Dessa forma, percebe-se que os Centros de Atenção Psicossocial atendem tanto indivíduos que sofrem com transtornos psíquicos como também dá assistência aqueles acometidos pelo uso de álcool e drogas, representando uma rede de proteção maior para os pacientes.

## 4 O SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS

Com o fim da 2ª Guerra Mundial, em 1945, e o estabelecimento a nível mundial da discussão sobre a barbárie que tal evento representou, foram criados alguns instrumentos para alcançar o distanciamento necessário as práticas desumanas então conhecidas e para se aproximar da proteção do homem como ser digno e sujeito de direitos.

Assim, em 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU) aparece como organização internacional com a incumbência de manter a paz, assegurando a cooperação entre os países e também a dignidade da pessoa humana e os direitos humanos.

Após várias discussões internacionais, em abril de 1945 representantes de cinquenta países reuniram-se na esperança de promover a paz internacional e prevenir futuras guerras, ali a ONU começou a ser idealizada. E assim, em 24 de outubro de 1945, foi oficialmente criada a Organização das Nações Unidas, que tem a finalidade de manter a paz e segurança internacional, e alavancar a cooperação entre os países. (BRITO, 2020, p. 13)

Sobre a organização, Moraes (2020, p. 63) acrescenta que esta “visa alcançar a manutenção da paz e segurança internacionais através de métodos amistosos de solução pacífica de controvérsia; construção de paz, prevenção de conflitos e assistência humanitária”.

Além disso, imperioso mencionar é com a Assembléia Geral da ONU que nasce a Declaração Universal de Direitos Humanos, em 1948, que “estabeleceu pela primeira vez a proteção universal dos direitos humanos” (BRITO, 2020, p. 14).

A DUDH, assim, foi a pedra fundamental, o primeiro instrumento de valor simbólico universal a garantir direitos de cidadania mundial, independentemente de distinção de raça, sexo, língua, religião. Junto ao Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, compõe a chamada “Carta Internacional de Direitos Humanos”. (MORAES, 2020, p. 68).

É no mesmo viés que, em 1948, a Organização dos Estados Americanos foi criada, por meio da Carta da OEA, marcando o surgimento do Sistema Interamericano de Direitos Humanos e fundamentada em pilares principais, “que são a democracia, os direitos humanos, a segurança e o desenvolvimento” (BRITO, 2020, p. 23). Além disso, foi na mesma ocasião que se estabeleceu a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem e do Cidadão. (HENNETTE-VAUCHEZ e ROMAN, 2013 *apud* MORAES, 2020, p. 89).

Após a adoção desses dois instrumentos, deflagrou-se um processo gradual de maturação dos mecanismos de proteção dos direitos humanos no sistema interamericano, cujo primeiro passo foi a criação de um órgão especializado de promoção e proteção de direitos humanos no âmbito da OEA: a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, por proposta aprovada na 5ª Reunião de Ministros de Relações Exteriores, realizada em Santiago do Chile em 1959. (MAZZUOLI, 2020, p. 1261).

Assim, o Sistema Interamericano de Direitos Humanos é um sistema regional de proteção, criado como garantidor de tais direitos e tendo como diretrizes normas universais (MORAES, 2020, p. 80), estabelecidas tanto pelo próprio sistema interamericano quanto também como pelo sistema global.

É nesse contexto que o referido sistema regional confere maior amparo e proteção às vítimas de violação dos direitos por ele assegurados.

[...] o SIDH elabora regras de interpretação a partir do princípio da norma mais favorável à vítima, a fim de estabelecer um mínimo parâmetro de proteção, e também a partir com controle de convencionalidade dos tratados de direitos humanos. (PIOVESAN, 2014 *apud* MORAES, 2020, p. 109).

Dessa forma, visualiza-se que os sistemas regionais de proteção aos direitos humanos surgem, para assegurar o compromisso dos Estados com o sistema universal de direitos humanos, caracterizado pelas diretrizes apresentadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Declaração Universal de Direitos Humanos.

Enquanto o Sistema Global de Proteção aos Direitos Humanos se refere mais à proteção do ser humano em um sentido mais geral, por intermédio da ONU, os de caráter regional (Europeu, Interamericano e Africano), são relativos aos Sistemas Regionais de Proteção aos Direitos Humanos, os quais, além de apreciarem questões mais gerais, abrangem também os instrumentos de caráter regional (a exemplo da Convenção Interamericana de Direitos Humanos, em 1969). (MORAES, 2020, p. 99).

Além disso, Moraes (2020, p. 109) esclarece que é com a criação de sistemas regionais que se proporciona um maior autonomia e cooperação entre as nações, por meio da busca pela paz, pelos direitos civis e pelo direito ao desenvolvimento de cada país. Ainda, verifica que

o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, apesar de não ter sido criado para substituir os sistemas jurídicos internos, oferece espaço para que ONGs de Direitos Humanos possam moldar a política existente na legislação e políticas públicas em direitos humanos. (MORAES, 2020, p. 113).

Logo, com a criação do sistema interamericano de direitos humanos verifica-se um aprimoramento do sistema protetivo internacional para melhor assegurar as garantias previstas no âmbito global de proteção aos direitos humanos.

Percebe-se a instauração de um modelo internacional de cooperação a ser implementado por parte dos sistemas regionais e a interdependência em relação ao sistema global de proteção dos direitos humanos, aplicando-se princípios e normas de direito internacional geral. (MORAES, 2020, p. 100).

Por todo o exposto, conclui-se que o sistema interamericano de direitos humanos marca uma conquista a nível regional no que se refere às garantias dadas aos direitos humanos por meio do direito internacional e também dos entes estatais.

#### **4.1 Convenção Interamericana de Direitos Humanos**

A Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em vigor desde 1978, é o principal instrumento do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, sendo formada apenas por Estados-membros da OEA e cuja criação fortaleceu este sistema regional, ao conferir mais efetividade à Comissão Interamericana de Direitos Humanos.

É a supracitada Convenção que estabelece os direitos civis e políticos protegidos pelo SIDH. Além disso, também é “importante observar que a Convenção Americana não estabelece, de forma específica, qualquer direito social, econômico ou cultural, contendo apenas uma previsão genérica sobre tais direitos.” (MAZZUOLI, 2020, p. 1264).

Brant (2019, p. 142) afirma que a adoção das convenções regionais, que “regionalizam” os direitos humanos, “demonstra a maximização da proteção humana, através da conciliação de particularidades regionais.”

Em complementação, Valério Mazzuoli (2020, p. 1262) explica que a Convenção Americana de Direitos Humanos prevê um sistema protetivo aos direitos, que deve agir ao verificar a violação. Para o autor, “pode-se dizer que a Convenção Americana estabeleceu nas Américas um padrão de ‘ordem pública’ relativa a direitos humanos, até então inexistente.”

Além disso, Mazzuoli (2020, p. 1262) preconiza que tal proteção é “coadjuvante ou complementar da que oferece o Direito interno dos seus Estados-partes”, já que o referido dispositivo é acionado pela Comissão

Interamericana de Direitos Humanos apenas em caso de esgotamento de todos os recursos internos do país analisado.

A proteção conferida pela Convenção não retira dos Estados membros a competência inicial de amparar e proteger os seus cidadãos e demais pessoas vinculadas a sua jurisdição, exercendo-se uma função coadjuvante ou complementar, isto é, nos casos de falta de apoio ou amparo adequado. (MORAES, 2020, p. 94).

Em resumo, o sistema protetivo da Convenção somente é acionado após se oportunizar a ação do Estado, e se constatando a ação ineficaz ou em desacordo com as previsões desta convenção ou a omissão por parte do Estado.

.Assim, de acordo com Mazzuoli (2020, p. 1622), a proteção da Convenção Americana de Direitos Humanos age conjuntamente aos Estados-parte, atuando quando estes não garantem efetivamente a proteção ou a preservação de determinado direito.

Sobre a relevância da referida convenção, elementar são as considerações de Moraes (2020, p. 100), ao afirmar que

As convenções agora protegem as pessoas contra os abusos do poder estatal, inicialmente entendidos como ente genérico, para depois ser percebida e abrangida em suas particularidades com base em fatores como raça, sexo, condições físicas e idade.

Portanto, percebe-se que a Convenção Interamericana de Direitos Humanos é o principal meio de proteção dada pelo Sistema Interamericano de Direitos Humanos, sendo acionada nos casos em que se verifica violação, por ação ou omissão, da proteção estatal tutelada aos Estados-parte da OEA.

## **4.2 Comissão Interamericana De Direitos Humanos**

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos, aprovada em 1959, na 5º Reunião de Ministros das Relações Exteriores, e conforme explica Mazzuoli (2020, p. 1262), “deveria funcionar provisoriamente até a instituição de uma Convenção Interamericana sobre Direitos Humanos, o que veio ocorrer em San José, Costa Rica, em 1969”, contudo, o que se verifica é que esta se consolidou como órgão responsável por garantir a promoção dos Direitos Humanos.

Ainda, imperioso mencionar que a Comissão foi prevista na Carta da OEA, art. 106, ao estabelecer que “Haverá uma Comissão Interamericana de Direitos Humanos que terá por principal função promover o respeito e a defesa dos

direitos humanos e servir como órgão consultivo da Organização em tal matéria”. (Carta da Organização dos Estados Americanos, 1948).

Além disso, o mesmo documento atrelou à Convenção Interamericana de Direitos Humanos o estabelecimento da estrutura, a competência e as normas de funcionamento. (Carta da Organização dos Estados Americanos, 1948).

Um dado interessante refere-se ao fato de que a CIDH está vinculada tanto à Organização dos Estados Americanos quanto ao órgão da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, à qual pertence a Corte Interamericana de Direitos. (MORAES, 2020, p. 94).

Com relação à atuação da comissão, Valério Mazzuoli (2020, p. 1262) preconiza que esta age como órgão internacional para garantir a proteção dos direitos humanos nos Estados-parte da OEA e que ratificação a Convenção; contudo, mantém com os Estados incumbência inicial de garantir os direitos dos que estão sob sua jurisdição. Além disso, a Comissão só deve agir “nos casos de falta de amparo ou proteção aquém da necessária, em desconformidade com os direitos e garantias”. (MAZZUOLI, 2020, p. 1262).

Em complementação, relevante mencionar que a atuação da Comissão está condicionada ao esgotamento dos recursos da jurisdição interna dos estados partes, ou ao se verificar a irregularidade em sua aplicação ou, ainda, a sua ausência.

[...] para uma petição ou comunicação apresentada à Comissão Interamericana de Direitos Humanos seja considerada admissível, é necessário “que hajam sido interpostos e esgotados os recursos de jurisdição interna, de acordo com os princípios de direito internacional geralmente conhecidos”. (BRANT, 2019, p. 213).

Brant (2019, p. 279) esclarece também que o procedimento inicial para a atuação da Comissão é o recebimento de petições com denúncia, podendo estas ser enviadas por qualquer pessoa, organização ou Estado. Após, avalia-se a denúncia para verificar a existência de violações aos direitos que deveriam ter sido assegurados pelo Estado-parte.

Assim, havendo a constatação de violação a algum dos direitos previstos no Sistema Interamericano de Direitos Humanos, a Comissão encaminhará o caso à Corte, após verificar também o esgotamento, a irregularidade ou a ausência dos recursos internos do Estado-parte.

Constatando-se a violação, bem como o Estado não tendo reparado o dano, a Comissão pode ingressar com **ação de responsabilidade internacional**

contra o demandado perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos pela maculação de direitos, sendo possibilitada a defesa e o contraditório. (MORAES, 2020, p. 96).

Por fim, relevante mencionar que a Comissão tenta solucionar de forma amistosa o conflito; sendo este o último recurso antes de encaminhar à Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Frise-se que a Comissão (nos casos iniciados por particulares) não pode atuar como parte na demanda, uma vez que já atuou no caso quanto à admissibilidade deste; a Comissão atuará na qualidade de substituta processual, defendendo em nome próprio direitos de terceiros. (MAZZUOLI, 2020, p. 1274).

Logo, a atuação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos é fundamental para que haja a admissibilidade do caso na Corte Interamericana de Direitos Humanos, visto que a Corte somente recebe o caso após a Comissão analisá-lo e tentar solucioná-lo junto ao Estado envolvido.

#### **4.3 Corte Interamericana de Direitos Humanos**

Criada em 1979 pela Convenção Americana sobre Direitos Humanos, a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) é o órgão do sistema interamericano com competência para resolução e condenação nos casos em que se verifica que algum dos direitos protegidos pela convenção foi violado pelos Estados que fazem parte da Organização dos Estados Americanos e que tenham ratificado a referida convenção. (MAZZUOLI, 2020, p. 1272).

De acordo com o Estatuto da Corte Interamericana de Direitos Humanos (1980), esta é uma instituição judiciária independente, que, além de aplicar e interpretar a Convenção, possui funções jurisdicional e consultiva (artigos 1 e 2 do Estatuto).

Em suma, “A Corte não pertence à OEA, tendo sido criada pela Convenção Americana, com natureza de órgão judiciário internacional.” (MAZZUOLI, 2020, p. 1272).

Sobre isto, tem-se que são diferentes os agentes que podem levar os casos diretamente para a Corte, sendo estes determinados de acordo com a funcionalidade que desejam ter acesso: a jurisdicional ou a consultiva.

[...] no plano consultivo, qualquer membro da OEA, que seja parte ou não da Convenção, pode levar um caso à apreciação da Corte, incumbindo a esta a emissão de um parecer sobre a interpretação da Convenção ou de

qualquer outro tratado que verse sobre direitos humanos. Já no plano contencioso, a Corte somente atuará no julgamento de casos que são levados ao seu conhecimento através da Comissão ou de um Estado-Parte da Convenção, que tenha reconhecido expressamente a força contenciosa da Corte. (GOMES; PIOVESAN, 2000 *apud* TEIXEIRA, p. 39, 2016).

Caldeira Brant (2019, p. 146) esclarece que os casos tratados pela referida Corte são encaminhadas pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que recebe as petições denunciando violação à convenção e encaminha o caso após tentativas de resolução amistosa do conflito com o Estado acusado.

[...] caso o Estado em questão se recuse a acatar as conclusões estabelecidas pela Comissão Interamericana no seu primeiro informe (ou informe preliminar), esta poderá acioná-lo perante a Corte Interamericana, caso o Estado tenha reconhecido a sua jurisdição obrigatória. Esse acionamento da Corte pela Comissão se faz por meio de ação judicial, nos mesmos moldes da propositura de qualquer ação em juízo nos termos das regras do processo civil. (MAZZUOLI, 2020, p. 1275).

Além disso, ainda sobre as partes legitimadas para atuar nos casos da Corte, elucida-se que os representantes das vítimas podem ter participação ativa no caso não somente na fase de peticionar a denúncia para a comissão, mas também de atuar na análise e no julgamento perante a corte.

Nessa última esfera, os representantes podem apresentar comentários por escrito e com possibilidade de se posicionar de forma contrária ao entendimento da corte, bem como os advogados das vítimas podem atuar “de forma direta e independente durante todo o decurso do processo.” (BRANT, 2019, p. 147).

“Em casos de supostas vítimas sem representação legal devidamente credenciada, o Tribunal poderá designar um Defensor Interamericano de ofício que as represente durante a tramitação do caso.” (Regulamento da Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2009, artigo 37).

Com relação a composição de tal órgão, esta tem previsão no artigo 52 da supracitada convenção (1969), sendo composta por sete juízes, originários dos Estados-parte da OEA e com reconhecida competência em direitos humanos, devendo cada juiz ser de uma nacionalidade diferente. Os juízes da Corte, de acordo com o artigo 54 do mesmo dispositivo, atuarão por seis anos, podendo se reeleger apenas uma vez. Nas deliberações, o quórum é de cinco juízes (art. 56).

Para dar início ao processo, Mazzuoli (2020, p. 1276) explica que a secretaria da Corte recebe a petição inicial, que deve ser protocolizada nos idiomas espanhol, inglês, português e francês, e conter os fatos, a fundamentação, os pedidos e as provas.

Na petição deverão estar indicados os pedidos (incluindo os referentes a reparações e custas); as partes no caso; a exposição dos fatos; as resoluções de abertura do procedimento e de admissibilidade da denúncia pela Comissão; as provas oferecidas, com a indicação dos fatos sobre os quais elas versarão; a individualização das testemunhas e peritos e o objeto de suas declarações; e os fundamentos do direito com as conclusões pertinentes.

Portanto, chegando o caso à CIDH, é iniciado um processo no qual esta analisa e verifica se há a violação de algum direito protegido pela convenção. Constatada tal infração, elabora-se a sentença e determina-se as reparações à parte lesada. (BRANT, 2019, p. 279).

Além disso, há a possibilidade de resolução amigável do conflito, caso as partes envolvidas assim desejem. Nessa situação, “a Corte poderá homologar a conciliação, atuando agora como fiscal das normas de direitos humanos protegidas pela Convenção Americana” (MAZZUOLI, 2020, p.1278), ressaltando-se que a CIDH também pode não homologar.

Sobre a sentença, Teixeira (p.39, 2016) explica que o Estado condenado deve ter expressamente reconhecida a função contenciosa da Corte para que se garanta o caráter vinculante e obrigatório da decisão.

Válido destacar que o cumprimento de sentença é acompanhado pela Corte, “para o fim de verificar se o Estado condenado está levando a cabo todas as determinações do tribunal, podendo, para tanto, colher informações da Comissão, das vítimas ou de seus representantes.” (MAZZUOLI, 2020, p. 1280).

Por fim, caso haja constatação de descumprimento da sentença, o Estado condenado é orientado a tomar as ações necessárias para efetivar a condenação, porém, continuando a descumprir, a Assembléia-Geral da OEA é informada para tomar as medidas cabíveis com relação a este Estado-parte, conforme recomenda o artigo 65 da convenção.

#### **4.4 Responsabilidade do Estado**

Inicialmente, cabe destacar que, considerando o sistema interamericano de direitos humanos como meio de reparação da violência, ao se verificar qualquer violação aos direitos humanos cometidos por um Estado que ratificou a Convenção Interamericana de Direitos Humanos, este mesmo Estado tem obrigação em repará-la.

Essa reparação ocorre porque, com a ratificação da supracitada convenção por um Estado, este se submete aos dispositivos de proteção nela previstos, responsabilizando-se por salvaguardá-los.

Sobre a responsabilidade estatal, os ensinamentos de Bucci e Koch (2014, p. 8) revelam que

O Estado tem um dever de cumprir e respeitar as obrigações assumidas internacionalmente, provocando, em caso de descumprimento desses compromissos assumidos, sua responsabilidade perante a comunidade internacional.

Por conseguinte, esclarece-se que tanto a ação quanto a omissão do Estado em casos de violação do compromisso firmado internacionalmente ensejam sua responsabilização. (ACCIOLY 2009 *apud* CASELLA, 2010 *apud* BUCCI, KOCH, 2014, p. 9).

Assim, sendo a responsabilidade do Estado não só uma característica do sistema interamericano de direitos humanos, mas também como um dever estatal, imperativo mencionar que

Carvalho Ramos entende que a responsabilidade “é característica essencial de um sistema jurídico, como pretende ser o sistema internacional de regras de conduta, tendo seu fundamento de Direito Internacional no princípio da igualdade soberana entre os Estados.” (CARVALHO RAMOS, 2005 *apud* BUCCI e KOCH, 2014, p. 8).

Também, é imprescindível mencionar que a responsabilidade estatal pode ser requerida tanto por outros Estados e órgãos de proteção quanto por qualquer pessoa, nacional ou não, podendo reclamar internacionalmente perante à Comissão Interamericana de Direitos Humanos “independentemente de declaração expressa do Estado reconhecendo essa sistemática”. (MAZZUOLI, 2020, p. 1267).

Perante a falta de fiscalização e à negligência do Estado, existe o dever de indignar-se por parte dos cidadãos e recorrerem tanto às esferas administrativas e jurídicas estatais quanto às internacionais, quando não vêem seus direitos concretizados ou diante da violação grotesca, tal como ocorreu no presente caso. (MORAES, 2020, p. 127).

Assim, reflete-se que é por meio da denúncia levada até à Comissão Interamericana que se inicia o procedimento de análise e processamento do caso, findando, em se tratando de Estados condenados, com a sentença prolatada pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, sendo estas definitivas, inapeláveis e com caráter de coisa julgada internacional.

A Corte não relata casos e não faz qualquer tipo de recomendação no exercício de sua competência contenciosa, mas profere sentenças, que, segundo o Pacto de San José, são definitivas e inapeláveis (art. 67). Ou seja, as sentenças da Corte são obrigatórias para os Estados que reconheceram a sua competência em matéria contenciosa. Quando a Corte declara a ocorrência de violação de direito resguardado pela Convenção, exige a imediata reparação do dano e impõe, se for o caso, o pagamento de justa indenização à parte lesada. (MAZZUOLI, 2020, p. 1275).

Imperativo ainda saber que a responsabilidade do Estado se dá por meio do descumprimento das normas internacionais por meio dos seus indivíduos, gerando a obrigação estatal em reparar os danos em virtude da ação ou da omissão do Estado perante tal situação.

A responsabilidade do Estado seria indireta, pois, ou os atos são cometidos por agentes do Estado, ou o Estado não preveniu ou puniu os atos de particulares. Em outras palavras, a responsabilidade nasceria da inércia do Estado em garantir as obrigações assumidas internacionalmente por ele (ACCIOLY 2010; CASELLA, 2010 *apud* BUCCI e KOCH, 2014, p. 11).

Em complementação, esclarece-se que, conforme preceitua Moraes (2020, p. 122), “O fato gerador dessa responsabilidade é, no entanto, o ato ilícito internacional, devendo existir pelo menos três elementos para sua concretização: 1) Dano, 2) ato ilícito e 3) que esse ato ilícito seja imputado ao estado.”

O dano ou resultado lesivo ocorre com a violação do Direito Internacional, sendo válido citar que, de acordo com Bucci e Koch (2014, p. 10), “nem sempre o dano é o fato gerador da responsabilidade – mas, sim, o cometimento de um ato ilícito”.

No caso do ato ilícito, este é o descumprimento da norma internacional, pois o Estado não pode descumpri-la nem mesmo sob a justificativa de invocar as disposições de seu direito interno. (REZEK, 2010 *apud* BUCCI e KOCH, 2014, p. 10). Brant (2019, p. 205) reforma “a existência de uma obrigação normativa interna não pode justificar a inexecução de uma obrigação internacional, nem ser considerada ato de terceiros pelo qual o Estado não é responsável.”

Já a imputabilidade ou nexo causal é o que relaciona o ato ilícito ao responsável por tal (MELLO, 2004 *apud* BUCCI e KOCH, 2014, p. 10).

Ainda, Rezek (2010 *apud* BUCCI e KOCH, 2014, p. 10) esclarece que “o Estado não pode se valer de sua ordem interna para descumprir suas obrigações assumidas perante a comunidade internacional”.

Com relação à internalização das decisões proferidas pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, as sentenças têm natureza internacional, não

estando condicionadas ao processo de homologação para ter eficácia, já que não são sentenças estrangeiras regidas pelo direito nacional de outro país, mas sim pelo direito internacional (BRANT, 2019, p. 280).

No que se refere ao dever estatal sobre os pacientes mentais, Moraes (2020, p. 129) esclarece que “Os deveres do Estado, assim, estão relacionados a cuidar, regular e fiscalizar, além de investigar os atos atentatórios à vida e à integridade pessoal dos cidadãos em condições de transtornos mentais.”

Nesse diapasão, necessárias são as considerações de Neto (2001, p. 134) sobre a responsabilidade estatal em garantir o direito à vida, já que, para o autor, “Não há dúvida de que o Estado está obrigado a proteger o indivíduo contra o homicídio.”

Além disso, conforme Mazzuoli (2020, p. 1275), assegurar os deveres estatais, por meio do cumprimento da sentença prolatada, é garantir o “acesso à justiça perante o sistema interamericano, eis que, como é lógico, tal direito supõe o fiel cumprimento daquilo que foi materializado na sentença.”

Por fim, reflete-se que o Estado que nega essa responsabilidade, conseqüentemente, nega a própria norma internacional (CARVALHO RAMOS, 2005; ACCIOLY; CASELLA, 2010 *apud* BUCCI e KOCH, 2014, p. 8).

#### **4.5 Adesão do Brasil à Corte Interamericana de Direitos Humanos**

Mazzuoli (2020, p. 1273) esclarece que “somente poderão ser submetidas à Corte as denúncias de violações de direitos humanos ocorridas a partir do seu reconhecimento”, assim, é necessário entender a adesão do Brasil à Corte Interamericana de Direitos Humanos.

“O Brasil ratificou a Convenção no ano de 1992, tendo sido promulgada internamente pelo Decreto nº 678, de 6 de novembro daquele ano.” (MAZZUOLI, 2020, p. 1262).

Contudo, tal ratificação submeteu o país apenas à competência consultiva da Corte, tendo sido necessário o expresse reconhecimento da competência contenciosa, a qual só ocorreu em 1998.

Sobre isto, revela-se que “o Brasil reconheceu a jurisdição internacional por prazo indeterminado, sob reserva de reciprocidade e para fatos posteriores a 10 de dezembro de 1998.” (BRASIL, 2002 *apud* MORAES, 2020, p. 98).

Tratou-se de uma estratégia de política internacional que acabou dando certo, tendo o Brasil aderido à competência contenciosa da Corte em 1998, por meio do Decreto Legislativo nº 89, de 3 de dezembro daquele ano, segundo o qual somente poderão ser submetidas à Corte as denúncias de violações de direitos humanos ocorridas a partir do seu reconhecimento (perceba-se, aqui, a *cláusula temporal* de aceite do Brasil à competência contenciosa da Corte Interamericana: somente se poderá demandar o Brasil perante a Corte *a partir desse reconhecimento*). (MAZZUOLI, 2019, p. 1273-1274).

Assim, é relevante esclarecer que a validade das sentenças da CIDH fundamentam-se “no consentimento expresso pelo Brasil, que aceitou a submissão ao seu tratado constitutivo que previa a autoridade de suas decisões.” (BRANT, 2019, p. 280).

Mazzuoli (2020, p. 1282) complementa que isto se deve ao fato de a sentença da CIDH não se tratar de sentença estrangeira, mas por sentença “emanada de um tribunal internacional que tem jurisdição sobre os próprios Estados.”

As sentenças da CIDH não são sentenças estrangeiras. Essas não são regidas, portanto, por um direito nacional de outro país. Trata-se de uma jurisdição internacional que produz uma sentença de natureza internacional regida pelo direito internacional. Essa é uma distinção importante, visto que as sentenças estrangeiras terão a sua eficácia condicionada ao processo de homologação, de exequatur, e todo o seu procedimento se dará pela atuação conjunta do Superior Tribunal de Justiça com os juízes federais. (BRANT, 2019, p. 280).

Além disso, verifica-se que o decreto presidencial é a medida adotada no Brasil para efetivar internamente as decisões, com fulcro no artigo 84, inciso IV, da Constituição de 1988. (BRASIL, 1988 *apud* BRANT, 2019, p. 281).

A prática brasileira referente às condenações da Corte Interamericana demonstra a eficiência do uso dos decretos do Presidente. Por exemplo, a sentença no caso Ximenes Lopes foi implementada e cumprida por um decreto executivo. O caso girava em torno de Damião Ximenes Lopes, portador de deficiência mental que faleceu em outubro de 1999 após ser internado na Casa de Repouso Guararapes, estabelecimento privado de atendimento psiquiátrico ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Pelas alegadas condições desumanas e degradantes e pelos atos contra a integridade pessoal da vítima, o Brasil foi responsabilizado pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal de Ximenes Lopes, bem como o direito à integridade pessoal e às garantias judiciais de seus familiares. (BRANT, 2019, p. 281).

Portanto, constata-se que a responsabilidade do Brasil em casos de violação de Direitos Humanos pode ser plenamente julgada pela Corte Interamericana de Direitos Humanos desde 1998, com o reconhecimento dado pelo

país à competência da Corte para tal, já tendo o Brasil sido, inclusive, julgado e condenado, em 2006, pelo caso Damião Ximenes Lopes, ocorrido em 1999.



## 5 O CASO DAMIÃO XIMENES LOPES

O caso Damião Ximenes Lopes, ocorrido em Sobral, Ceará, em 1999, trata da morte de um paciente psiquiátrico da Casa de Repouso Guararapes, em decorrência de diversas violências sofridas pelo mesmo, vítima de um modelo de tratamento psiquiátrico permeado por descaso e métodos agressivos.

Damião era acometido por doença mental, que resultava em constantes crises psiquiátricas; devido a isso, ocorreram três internações na supracitada casa de repouso, esta última sendo fatal.

Damião Ximenes Lopes nasceu em 25 de junho de 1969 no interior do Ceará. Na juventude, por volta dos 17 anos, conforme relatado em entrevista por sua mãe, Albertina Viana Lopes, desenvolveu uma deficiência mental orgânica (alterações no funcionamento do cérebro). Na época do fato que causou sua morte, tinha 30 anos e vivia com sua mãe na cidade de Varjota, localizada a uma hora de Sobral, sede da Casa de Repouso Guararapes, onde foi assassinado. (BORGES, 2009, p. 27 *apud* TEIXEIRA, 2016, p. 43).

Foi em virtude da violência ocorrida na última internação de Damião, a qual culminou em seu falecimento, que a família do paciente, movida por forte abalo psíquico, clamou às autoridades médicas e também à polícia por ajuda para resolver o caso e identificar e condenar os culpados.

Apesar disso, não houve resposta satisfatória das autoridades locais para a resolução do caso, o que fez com que a família de Damião, preenchida pelo sofrimento e pelo sentimento de injustiça, levasse este falecimento à repercussão internacional.

Observa-se como a tragédia da ordem internacional pública da proteção de direitos humanos repercutiu sobremaneira na ordem dos membros da família da vítima: mãe, irmãos e pai. É impossível depreender o grau de sofrimento por parte de seus entes mais próximos e o impacto da tortura e morte de Damião Ximenes na saúde física e mental de cada um, bem como na situação financeira mais gravosa por parte de seus familiares, decorrente de tanta violação. (MORAES, 2020, p. 129).

Foi nesse contexto de indignação dos familiares e impunidade dos culpados pela morte de Damião, que o caso foi levado até a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, sendo julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos e culminando na primeira condenação do Brasil no referido órgão.

Imperativo destacar que a sentença foi emblemática não somente por marcar a primeira condenação do Brasil no âmbito internacional de direitos

humanos, mas também por ser o primeiro caso relacionado à pessoa com deficiência a ser tratado pelo Sistema Interamericano de Direitos Humanos.

Ressalte-se que este foi o primeiro caso referente à pessoa com deficiência a ser julgado perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos, sendo este um caso paradigmático em relação a todos os sistemas de proteção aos direitos fundamentais deste grupo de pessoas. (MORAES, 2020, p. 116).

Com relação à responsabilidade da casa de repouso, esta se evidencia por todo o nexo causal atribuído, bem como por se apresentar como uma extensão do poder estatal no âmbito da saúde mental local. Nesse ínterim, Moraes (2020, p. 122) revela que o local “exercia elementos de autoridade de Estado por prestar serviço público de saúde sob a direção do SUS”. Além disso, a Corte atrela as violências sofridas pelo paciente à condição social do mesmo.

No caso de Damião Ximenes, a responsabilidade aumenta em razão de sua vivência anterior em circunstância adversa e com menos recursos. Havia vínculo direto entre a deficiência, de um lado, bem como a pobreza e exclusão social, de outro. (CIDH, 2006 *apud* MORAES, 2020, p. 123).

Assim, dada a relevância do caso Damião Ximenes Lopes como primeiro caso de condenação do Brasil no sistema internacional de proteção aos direitos humanos, é necessário analisar o caso desde a internação na Casa de Repouso Guararapes e a atenção dada pelas autoridades locais até o julgamento na Corte Interamericana de Direitos Humanos e a responsabilização do Brasil.

## 5.1 Vida e Morte

Damião Ximenes Lopes, filho de Albertina Lopes e Francisco Leopoldino, irmão de Irene e de Cosme, este último sendo seu gêmeo, residia em Varjota e era acometido por esquizofrenia, quando, em outubro de 1999, aos 30 anos, faleceu na Casa de Repouso Guararapes, local este que era responsável por acolhê-lo durante o internamento psiquiátrico.

Damião Ximenes era um jovem de 30 anos com esquizofrenia que foi submetido à internação na chamada Casa de Repouso Guararapes, localizada em Sobral, Ceará. Quando acometido de uma crise - sem se alimentar, nem dormir ou tomar remédios - sua mãe Albertina Viana Lopes o levou à Casa Repouso Guararapes no dia 1º de outubro de 1999. Naquele momento, estava apenas confuso e desorientado. (CIDH, 2006 *apud* MORAES, 2020, p. 114).

Foi por conta da condição esquizofrênica que acometia Damião que este foi internado por três vezes na Casa de Repouso Guararapes, local atrelado ao Sistema Único de Saúde, que atendia gratuitamente os pacientes de saúde mental.

Para entender o funcionamento da Casa de Repouso Guararapes, faz-se necessário conhecer o contexto social em que esta se inseria, bem como a sua própria história.

Inicialmente, destaca-se que esta casa de repouso, fundada em 1974 pelo empresário Wladimir Ferreira Gomes, abrangia uma área de quase um milhão de habitantes, tendo a assistência do médico Remo Cardoso. Com o falecimento do proprietário e fundador, a direção do estabelecimento passou a ser do seu filho, Sérgio Ferreira Gomes. (SAMPAIO, 1999, p. 9 *apud* MONTEIRO, 2015, p. 142).

[...] o proprietário era um empresário para quem a “instituição significava mais um dos seus empreendimentos”, e os “usuários eram encarados como fonte geradora de lucro”, inserindo-se no contexto de assistência que Rosa (2008, p. 100) denomina de indústria da loucura. (BARROS E JORGE, 2011, p. 72 *apud* MONTEIRO, 2015, p. 142).

Além disso, salienta-se que esta prestava serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde, como resultado da Norma Operacional Básica 01/96, que regulamentou esse tipo de serviço. A Casa de Repouso Guararapes era a única instituição no município de Sobral que prestava atendimento público.

De acordo com os princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria de atendimento de Saúde Mental (ONU, 1991), os Estados devem criar mecanismos adequados para monitorar as instituições psiquiátricas públicas e privadas e investigar casos de conduta profissional indevida ou de violação dos direitos dos pacientes. Portanto, o pessoal da Casa de Repouso Guararapes exercia elementos de autoridade de Estado por prestar serviço público de saúde sob a direção do SUS. (MORAES, 2020, p. 122).

Na Casa de Repouso Guararapes, Damião sofreu violências cujas consequências foram testemunhadas pela sua mãe, que o encontrou clamando por ajuda.

Comprovou-se também que quando a Sra Albertina, mãe da vítima, foi visitar seu filho na referida Casa, Damião estava sangrando, sujo e agonizante, gritando e pedindo socorro à polícia. Suas mãos estavam atadas para trás, enquanto ele tinha dificuldade de respirar e estava cheio de hematomas, suas roupas estavam rasgadas. (CIDH, 2006 *apud* MORAES, 2020, p. 125).

Sobre isto, imperioso esclarecer que o médico Ivo de Vasconcelos, responsável pelo estabelecimento à época da internação de Damião, tinha

conhecimento da recorrente série de abusos e violações à dignidade dos pacientes que estavam internados.

De volta ao médico Ivo de Vasconcelos, uma questão que considero pertinente apontar é o fato de que o mesmo assume, em seus depoimentos, o conhecimento de muitas das questões levantadas pelas comissões investigadoras, inclusive no que diz respeito às agressões físicas e abusos sexuais. O médico nomeia os funcionários envolvidos nas questões de abusos sexuais e informa também que tomou conhecimento do espancamento de outro paciente até a “deformidade”: “Ficou todo disforme o rosto dele, era um paciente orientado, quebraram o braço dele em dois lugares”. (MONTEIRO, 2020, p. 149).

Tais episódios de violência eram constatados não somente pelo médico, como também pelos funcionários, pacientes, familiares e sociedade em geral.

Foi comprovado que na Casa de Repouso Guararapes existia um contexto de violência, em que os pacientes frequentemente sofriam ameaça de serem agredidos pelos funcionários ou de que estes não bloqueassem as agressões de outros pacientes. (MORAES, 2020, p. 123).

Ainda sobre as internações de Damião Ximenes Lopes, as violências o vitimaram já na primeira internação, em 1995, quando o paciente regressou para casa, após dois meses de permanência no referido estabelecimento, com sinais de violência física.

Já na segunda internação, em 1998, ocorrida quando Damião estava em crise devido a um acidente no carro, as lesões no corpo foram reincidentes.

Com relação à terceira internação, em 1999, esta foi precedida por um período em que Damião havia deixado de tomar os remédios indicados para seu tratamento, resultando em falta de apetite e perda de sono.

Foi em razão disso que, em 1º de outubro de 1999, Dona Albertina levou o filho para consulta médica na casa de repouso; contudo, pela ausência de médico para consultá-lo e pelo receio de que Damião tivesse alguma crise psíquica, apesar de na época apresentar comportamento calmo, Dona Albertina deixou Damião internado para esperar pelo exame médico.

No dia 3 de outubro de 1999, apenas dois dias após ser internado, Damião Ximenes foi amarrado e apresentou sinais de violência física, tendo sido medicado com injeções.

Após sua internação, no dia 3 de outubro, apresentou crise de agressividade e estava desnortado, chegando a entrar em um banheiro da Casa de Repouso e não querer mais sair dali. Foi preciso que um auxiliar de enfermagem e outros dois pacientes o retirassem dali, tendo Damião sofrido uma lesão na altura do supercílio durante esta retirada. Após esse fato, o paciente foi submetido à contenção física e o médico presente determinou

que fossem aplicados dois medicamentos de forma intramuscular. (MORAES, 2020, p. 114).

Foi sob essa contenção que Damião passou do dia 3 para o dia 4 de outubro de 1999, amarrado, sujo e agonizando, pedindo socorro.

A vítima ficou submetida à contenção física da noite do dia 3 de outubro até a manhã do dia 4 do mesmo mês. Aproximadamente às 9 horas deste dia, sua mãe foi visitá-lo e o encontrou ainda com a contenção física, “ensanguentado, com hematomas, roupa rasgada, sujo e cheirando a excremento, com as mãos amarradas para trás, com dificuldade para respirar, agonizante e gritando e pedindo socorro à polícia”. (MORAES, 2020, p. 114).

Ao presenciar a situação degradante em que o filho se encontrava, Dona Albertina pediu ajuda ao médico Francisco Ivo de Vasconcelos que, conforme Moraes (2020, p. 114) clarifica, “receitou medicamentos para o paciente sem mesmo realizar exames clínicos e se retirou do hospital, logo depois. Nenhum outro médico ficou responsável pela instituição.”

Aproximadamente duas horas depois de ser medicado, o paciente Damião Ximenes morreu, em circunstâncias atroz: não estava sendo assistido por nenhum médico, nem por nenhum outro funcionário, à mercê de qualquer tipo de acidente e agressão as quais podiam colocar sua vida em risco. O mesmo médico que se ausentou foi chamado para fazer atestado de óbito, no qual constou-se apenas que a causa da morte teria sido uma “parada cardio-respiratória”, fazendo constar que o cadáver não tinha lesões. Não foi pedida necropsia. Esta só foi pedida posteriormente, pela mãe do falecido e seus familiares. A mãe de Damião Ximenes ficou sabendo do ocorrido tão logo chegou em sua casa. O corpo foi trasladado para necropsia e, durante o trajeto, apresentou intenso sangramento. No entanto, no Instituto de Medicina Legal Dr. Walter Porto, onde Francisco Ivo de Vasconcelos também era médico, fez constar que a morte foi de causa indeterminada. (MORAES, 2020, p. 115).

Ainda sobre a derradeira visita da mãe de Damião à Casa de Repouso Guararapes, imperioso mencionar que esta quase foi impedida pelo porteiro

Quatro dias depois, sua mãe foi visitá-lo e o porteiro da Casa de Repouso não quis deixá-la entrar. Mesmo frente ao impedimento colocado pelo funcionário, ela conseguiu adentrar na instituição e imediatamente começou a chamar por Damião. (ROSATO e CORREIA, 2011, p. 99 *apud* TEIXEIRA, 2016, p. 45).

E foi nesse contexto de total descaso que o paciente foi a óbito, tendo até mesmo o seu falecimento sido permeado por atitudes de pouca credibilidade, como o fato de o mesmo médico que negligenciou o seu internamento ter elaborado o atestado de óbito e feito a necropsia.

No mais, revela-se que a morte de Damião acarretou drásticas consequências para toda a família Ximenes Lopes, afetando diretamente a saúde dos pais e dos irmãos.

Depressão, tristeza, justiça, vingança, doença, perda de emprego, choque, perda da capacidade de amamentar, gastrite, neurose, úlcera duodenal, fobia a hospitais, transtorno mental: esses foram os vários danos ocasionados à família de Damião Ximenes, consequência da negligência estatal frente à violação de sua integridade física, psíquica e moral, frente à violação de sua vida. (MORAES, 2020, p.130).

Foi nessa conjuntura de revolta e indignação atrelada à morosidade das autoridades locais para dar à família uma resolução satisfatória sobre o falecimento de Damião, que a irmã de Damião, Irene, levou o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Também, faz-se relevante observar que as internações de Damião, desde a primeira até a última, ocorreram em uma conjuntura em que a Luta Antimanicomial estava socialmente evidenciada, faltando, em relação à data do óbito, apenas dois anos para ser promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01).

Ainda assim, Damião foi vítima do tradicional modelo de internação hospitalocêntrico, em que se percebe o uso da força como principal método de contenção do paciente, não importando a sua integridade física ou moral.

O retrato do sistema de aparato à saúde mental da época em que Damião Ximenes foi morto em muito aparenta a forma pela qual inúmeras pessoas foram submetidas a tratamento cruel e degradante no chamado Holocausto Brasileiro, em que mais de 60 mil pessoas foram mortas no maior manicômio brasileiro, considerado na atualidade como um verdadeiro campo de concentração. (ARBEX, 2013 *apud* MORAES, 2020, p. 137).

Por fim, relevante a reflexão de Monteiro (2015, p. 119) sobre toda a situação, que diz que “a morte de Damião Ximenes sintetiza o abuso de práticas violentas apontando a utilização sistemática de alguns dos ‘tratamentos físicos’.”

## **5.2 Como as autoridades do Brasil lidaram com o caso**

Com a morte de Damião, nota-se o descaso com o paciente psiquiátrico não somente em vida, quando também com o seu falecimento.

Com relação a atuação das autoridades médicas, verifica-se que as falhas se iniciam na forma em que o corpo de Damião foi tratado para que se inspeciona-se a real causa de seu falecimento, ao se constatar que o médico

responsável pela internação do paciente na Casa de Repouso é o mesmo que, mesmo sem presenciar o falecimento, atestou a morte e, após, fez também a autópsia, tendo, esta última, sido requerida pela família da vítima.

O primeiro médico que realizou a perícia para diagnosticar a causa da morte de Damião Ximenes foi Francisco Ivo de Vasconcelos, tendo diagnosticado a causa da morte do paciente como “parada cardiorespiratória”. Saliente-se que foi o mesmo médico que atendeu a vítima inicialmente e depois deixou a Casa de Repouso sem supervisão alguma, o qual não chegou sequer a intervir na situação enfrentada por Damião à época de sua internação, apenas receitando uma nova medicação e partido. (MORAES, 2020, p. 130)

O mesmo médico que se ausentou foi chamado para fazer atestado de óbito, no qual constou-se apenas que a causa da morte teria sido uma “parada cardio-respiratória”, fazendo constar que o cadáver não tinha lesões. Não foi pedida necrópsia. Esta só foi pedida posteriormente, pela mãe do falecido e seus familiares. (MORAES, 2020, p. 115).

No caso da atuação das autoridades estatais, a demora para a instauração do inquérito policial, que ocorreu com 36 dias, mais de um mês após a morte de Damião, impediu a identificação das testemunhas e também a preservação e a coleta das provas. (MORAES, 2020, p. 131).

Ainda, Júnior (2013, p. 56) esclarece que

a família de Damião Ximenes Lopes acionou as diversas autoridades, tais como a Polícia Civil, o Ministério Público Federal e a Comissão de Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Além disso, também foram ajuizadas ações judiciais tanto na esfera cível quanto na esfera criminal, para a reparação de danos morais e materiais e a punição dos responsáveis pelo ocorrido.

Assim, “Foi evidenciado que as autoridades encarregadas de analisar e investigar como ocorreu o óbito da vítima demonstraram negligência e constituíram grave descumprimento com o dever de investigar os fatos.” (MORAES, 2020, p. 120).

Foi nessa conjuntura de revolta e indignação atrelada às falhas e à morosidade das autoridades locais para dar à família uma resolução satisfatória sobre o falecimento de Damião, que Irene Lopes, sua irmã, levou o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos.

A falta de investigação e punição dos responsáveis, e ainda de garantias judiciais, acabaram caracterizando a violação da Convenção em quatro principais artigos: o 4º (direito à vida), o 5º (direito à integridade física), o 8º (garantias judiciais) e o 25º (direito à proteção judicial). (MAZZUOLI, 2020, p. 1283).

Portanto, o que se verifica é que, com o falecimento de Damião Ximenes Lopes e com os fatos que o sucederam, ocorreu a violação de diversos direitos

protegidos pela Convenção Interamericana de Direitos Humanos, incluindo o direito às garantias judiciais e à proteção judicial, motivos que reforçaram a admissão do caso na Corte Interamericana de Direitos Humanos.

### **5.3 O caso Damião Ximenes Lopes na Corte Interamericana de Direitos Humanos**

Pelo relato do caso, constata-se que o paciente sofreu tratamento degradante, tendo sofrido violências físicas recorrentes que o vitimaram fatalmente. É sob essa perspectiva que se nota as violações aos direitos protegidos pela Convenção Interamericana de Direitos Humanos, que deveriam ter sido assegurados a Damião.

A primeira condenação internacional do Brasil por violação de direitos humanos protegidos pela Convenção Americana deu-se relativamente ao Caso Damião Ximenes Lopes, que foi fruto da Demanda nº 12.237, encaminhada pela Comissão Interamericana à Corte Interamericana em 1º de outubro de 2004. (MAZZUOLI, 2020, p. 1283).

Assim, com a insatisfação da família de Damião Ximenes Lopes com relação à assistência dada pelas autoridades brasileiras, o caso foi enviado para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, ainda em 1999, em virtude das violações sofridas na Casa de Repouso Guararapes.

Irene Ximenes Lopes Miranda, a qual era irmã de Damião, foi quem peticionou perante a Comissão sobre as violações de direitos humanos sofridos por seu irmão. Logo, prestou esclarecimentos como testemunha do processo que foi instaurado perante a Corte IDH contra o Estado Brasileiro. (TEIXEIRA, 2016, p. 44).

Moraes (2020, p. 116) explica que “Este caso inaugura no Sistema Interamericano de Direitos Humanos as discussões sobre saúde mental e pessoa com deficiência.”

Inicialmente, é imperioso mencionar que não houve o esgotamento dos recursos internos do país, mas sim que houve “excesso de morosidade do Judiciário brasileiro, pois as ações judiciais relacionadas ao caso sequer se aproximavam de algum desfecho.” (JÚNIOR, 2013, p. 58).

Ao analisar os fatos, a Corte constatou que as violações iniciaram-se concomitantemente com o internamento, tendo em vista a falta de estrutura física adequada da Casa de Repouso Guararapes.

Para a Corte Interamericana de Direitos Humanos, as violações aos direitos de Damião, como à sua integridade física, iniciaram-se já com a estrutura precária e subumana ofertada pelo estabelecimento, “que não tinha sequer cobertura do serviço sanitário, carecendo da devida higiene, bem como de assistência médica necessária às pessoas ali internadas”. (CIDH, 2006, 48-56 *apud* MORAES, 2020, p. 123).

Ao analisar o tratamento médico dado à Damião, no que se refere à perícia realizada pelo médico Francisco Ivo de Vasconcelos, que constatou a causa da morte como sendo em decorrência de parada cardiorrespiratória, a Corte Interamericana

considerou que o referido médico não examinou devidamente o cadáver e não informou que o corpo apresentava lesões externas, apenas descritas posteriormente com o laudo da necrópsia realizada pela perita Lídia Dias Costa, com a exumação do cadáver da vítima. O Instituto de Medicina Legal, logo após a perícia realizada por Francisco Ivo de Vasconcelos, que também tinha influência naquele órgão por ser autoridade vinculada (o que levantou suspeitas sobre a independência da investigação), chegou a indicar a presença de diversas lesões, porém não mencionou como puderam ter sido provocadas. (CIDH, 2006 *apud* MORAES, 2020, p. 130-131).

Além disso, a Comissão observou que “o Estado brasileiro era responsável pela violação de direitos humanos, especialmente, os direitos à vida, à integridade física e pessoal, à proteção judicial e às garantias judiciais”. (JÚNIOR, 2013, p. 58).

Depois de apreciar devidamente as provas do ocorrido, o próprio Estado Brasileiro reconheceu perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos: que houve violação ao direito à vida e ao direito à integridade pessoal da vítima; a falta de prevenção para que não ocorresse a morte de Damião Ximenes - ainda mais considerando a precariedade do Sistema de atendimento Mental do Estado; os maus-tratos sofridos pela vítima antes de sua morte, levando à violação do direito à integridade pessoal. (MORAES, 2020, p. 115).

Nesse sentido, apesar de ter reconhecido a responsabilidade pela violação do direito à vida e à integridade física de Damião, o Estado brasileiro negou ter causado qualquer dano à integridade psíquica dos familiares de Damião, negando-lhes qualquer reparação. (JÚNIOR, 2013, p. 59).

Posteriormente, examinando os fatos e grau de responsabilidade internacional imputado ao Estado Brasileiro, a Corte concluiu que este faltou com seus deveres de respeito, prevenção e proteção, com relação à morte e tratamento cruel e degradante sofrido por Damião. Do mesmo modo, seus irmãos Cosme Ximenes Lopes (gêmeo) e Irene Ximenes sofreram com depressão e internamento psiquiátrico, respectivamente, bem como sua mãe Albertina Lopes Miranda e seu pai Francisco Leopoldino Lopes. (MORAES, 2020, p. 120).

Ainda assim, verifica-se que não só Damião, mas toda a família de Ximenes Lopes foi acometida por sofrimento decorrente de seu falecimento. Seus pais e irmãos sofreram com depressão, sua mãe ficou com aversão a hospitais, sua irmã, Irene, que estava amamentando, não conseguiu mais amamentar, e seu irmão, Cosme, que já era acometido por esquizofrenia, teve uma piora em seu quadro de saúde.

### 5.3.1 Condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos

Após verificar as violações cometidas pelo Brasil quanto aos direitos inerentes à pessoa de Damião Ximenes Lopes, assegurados pelo SIDH, a Corte fez valer a aplicação das reparações previstas pela Convenção, já que estas são devidas quando se observa conduta estatal que é em desacordo com o compromisso internacional.

Tanto no descumprimento por parte do Estado nas obrigações de fazer, quanto nas de não fazer, é devida uma reparação, uma vez que, como vimos a conduta comissiva ou omissiva do Estado em desrespeito a um compromisso internacional prévio que ensejar um dano, violando direitos humanos, exige medidas que cessem tais violações, que as corrijam ou que as previnam. Carvalho Ramos ensina que a reparação é gênero do qual derivam inúmeras espécies a fim de reparar o dano causado ao indivíduo, tais como a *restitutio in integrum*, a cessação do ilícito, a satisfação, a indenização e garantias de não repetição. (CARVALHO RAMOS, 2004 *apud* BUCCI e KOCH, 2014, p. 18).

Moraes (2020, p. 121) elabora que “No caso Damião Ximenes, fica patente a Responsabilidade do Estado Brasileiro diante da negligência dos componentes da Casa de Repouso, internos ao sistema público de saúde.”

Ainda, cabe ressaltar que, para emitir suas decisões, o próprio sistema jurídico do país também foi considerado, principalmente no que se refere ao direito à saúde e ao dever estatal em promovê-lo e assegurá-lo.

A Corte não apenas se baseia em instrumentos internacionais para emitir sua decisão, mas também na própria Constituição da República Federativa do Brasil, destacando o art. 197, referente à regulamentação, fiscalização e controle de ações e serviços de saúde; art. 200, relacionado a controlar e fiscalizar procedimentos do SUS e executar ações de vigilância sanitária. (CIDH, 48-56 *apud* MORAES, 2020, p. 127).

Diante disso, a Corte atribuiu ao Brasil o descumprimento da responsabilidade internacional pelo direito à vida e à integridade física de Damião, além de ter descumprido com o seu dever relacionado ao direito à saúde.

Decidiu-se, pois, que o Brasil não cumpriu com sua responsabilidade internacional de cuidar e de prevenir a violação do direito à vida e à integridade pessoal, além de seu dever de fiscalizar e regulamentar o atendimento médico à saúde, decorrentes do art. 4º e 5º da Convenção Americana. (CIDH, 48-56 *apud* MORAES, 2020, p. 128).

Portanto, foram requeridas uma série de medidas satisfativas a fim de se alcançar a devida reparação quanto aos danos causados à Damião e à família Ximenes Lopes.

As medidas satisfativas constituem “um conjunto de medidas, aferidas historicamente, capazes de fornecer fórmulas extremamente flexíveis de reparação a serem escolhidas, em face dos casos concretos, pelo juiz internacional” (CARVALHO RAMOS, 2004), podendo abranger o pedido de desculpas, o reconhecimento de responsabilidade internacional do Estado, garantias de não repetição ou o pagamento de um valor simbólico pela violação de direitos humanos, constituindo verdadeira forma de reparação com conteúdo flexível (CARVALHO RAMOS, 2004). Ademais, ainda é possível aplicar – uma medida comumente adotada – a indenização pecuniária e garantias de não repetição, que englobam quaisquer medidas que garantam a não repetição da conduta violadora de direitos humanos agindo preventivamente, podendo ser destacado o dever de investigar e punir os responsáveis pelas violações. (CARVALHO RAMOS, 2004 *apud* BUCCI e KOCH, p. 19).

Sobre as medidas aplicadas ao caso, Mazzuoli (2020, p. 1283) esclarece que esta foram

[...] a obrigação do Estado brasileiro de investigar os responsáveis pela morte da vítima e de realizar programas de capacitação para os profissionais de atendimento psiquiátrico, e o pagamento de indenização (no prazo de um ano) por danos materiais e imateriais à família da vítima, no valor total de US\$ 146 mil.

Além disso, a Corte Interamericana também determinou o prosseguimento dos processos judiciais no âmbito cível e criminal, relativos ao falecimento de Damião.

Desta forma, a Corte fixou um montante indenizatório para buscar compensar as consequências patrimoniais das violações declaradas, bem como o dano material (procurando compensar as consequências patrimoniais das violações declaradas na sentença) e imaterial (que abrange sofrimento e aflição) da família. Ademais, sentenciou a obrigação de investigar os fatos que geraram as violações, devendo o Estado garantir que o processo interno destinado ao processo penal e ao processo civil tivesse uma duração razoável para surtir seus efeitos devidos. (MORAES, 2020, p. 121-122).

Portanto, em 04 de julho de 2006, o Brasil foi condenado pela primeira vez na Corte Interamericana de Direitos Humanos, em virtude do falecimento do paciente psiquiátrico Damião Ximenes Lopes.

Com relação à condenação, relevantes são as considerações de Júnior (2013, p. 61), no sentido de que esta consolidou a inserção do Brasil no Sistema Interamericano de Direitos Humanos e na Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Com relação à indenização paga para os familiares de Damião Ximenes Lopes, por meio do Decreto nº 6.186, de 13 de agosto de 2007, importa mencionar que “havia previsão orçamentária para o pagamento das reparações, pois as respectivas leis orçamentárias autorizavam créditos suplementares para despesas decorrentes de sentenças judiciais.” (BRANT, 2019, p. 282).

No caso Ximenes Lopes, por exemplo, a CIDH realizou a supervisão do cumprimento da sentença de 2006 e verificou que, em relação à adoção de medidas de capacitação de profissionais vinculados ao atendimento da saúde mental, uma das ações que o Brasil deveria realizar, “as diferentes iniciativas de formação que o Estado [brasileiro] leva adiante relacionadas à atenção da saúde mental”, desde antes da condenação de 2007, eram de grande valor em relação à efetividade da sentença. (BRANT, 2019, p. 282).

Por fim, relevantes são as considerações feitas por Monteiro (2015, p. 138) que observa que relevância de se verificar o contexto histórico em que a morte de Damião aconteceu, bem como quando ocorreu a condenação, por ter acontecido no período que se insere entre a luta manicomial antimanicomial e a implantação da Lei nº 10.216/01.

A morte de Damião, em 1999, como podemos entender, se deu em um momento histórico brasileiro no qual havia uma efervescente discussão a respeito da saúde mental, principalmente no que tange à não violação dos direitos dos portadores de transtornos mentais. O movimento antimanicomial estava ativo, foram promulgadas as Portarias 189 de 1991 e 224 de 1992, que tornavam os CAPS modelos de serviços para todo o país (BARROS; JORGE, 2011), a Constituição Brasileira de 1988 trazia no artigo 5º proibição à tortura e ao tratamento degradante, que pode ser entendido como um elemento norteador para o estabelecimento de um novo modelo de assistência psiquiátrica. (MONTEIRO, 2015, p. 138).

Portanto, tem-se que o falecimento de Damião Ximenes Lopes, dentro da Casa de Repouso Guararapes, ilustra a fragilidade estatal em assegurar direitos básicos inerentes à vida dos pacientes psiquiátricos, sendo necessários outros meios de proteção, como o Sistema Interamericano de Direitos Humanos.

Ainda assim, revela-se que é com a condenação do Brasil perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos que se tem não só a responsabilização do Brasil com relação ao caso de Damião Ximenes Lopes, mas também a materialização das previsões legais aderidas pelo país no Sistema Interamericano de Direitos Humanos.

Além disso, é com esta condenação que se tem a reparação dos danos causados a Damião e a família Ximenes Lopes, quando se tem o conjunto de medidas previstas pela Corte e que devem ser efetivadas pelo Brasil.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto, verifica-se que a Dignidade da Pessoa Humana é o princípio basilar que estrutura as sociedades modernas, sendo guia fundamental para o sistema jurídico nacional e internacional, tendo ganhado grande destaque após a Segunda Guerra Mundial e a elaboração de Tratados e Convenções de valorização da vida e da soberania do homem frente à soberania estatal.

Assim, o direito à saúde surge no Brasil como um direito de todos, sendo consolidado com a previsão legal na Constituição Federal de 1988 e com a implementação do Sistema Único de Saúde, por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), sob a égide de proporcionar um sistema de saúde universal, integral e que se perceba equidade.

É nesse ínterim que o Movimento Antimanicomial é reforçado, como uma ruptura ao antigo modelo hospitalocêntrico em que os pacientes relativos à saúde mental são tratados não como sujeitos de direito, mas como pessoas objetificadas, sem interesses próprios, mas sim devendo cumprir com as expectativas sociais.

É com a Lei Antimanicomial (Lei 10.216/01) que o movimento se concretiza, com a regulamentação dos internamentos, bem como com a implementação de uma política de reinserção social dos pacientes, que coloca os Centros de Atenção Psicossocial também em destaque.

No contexto internacional, verifica-se que o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, sistema regional que busca assegurar os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana aos países da Organização dos Estados Americanos, age como um sistema normatizador que também regulamenta as atividades do país, responsabilizando-o quando se verifica o descumprimento de qualquer dessas regras.

É assim que se percebe o Caso Damião Ximenes Lopes como elemento essencial para demonstrar a dificuldade da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, tendo o falecimento do cidadão sido tratado com descaso perante as mais diversas autoridades brasileiras, sendo necessário o julgamento na Corte Interamericana de Direitos Humanos, que culminou na primeira condenação do país.

Ainda assim, tem-se que, apesar de todos os esforços para que se alcance a efetivação da Dignidade da Pessoa Humana no tratamento de pacientes psiquiátricos no país, ainda há a necessidade de mais políticas públicas e mais

ações governamentais para assegurar tal garantia, bem como assegurar o direito à saúde, por meio de um tratamento mais humanizado dos pacientes.

Além disso, é necessário revelar que, apesar da Lei Antimanicomial, as instituições de internamento ainda estão presentes, mesmo havendo como alternativa o tratamento ambulatorial, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Com isso, torna-se imperativo concluir que o Sistema Interamericano de Direitos Humanos tem papel fundamental na proteção dos pacientes psiquiátricos, à medida que se tem um sistema protetivo internacional capaz de agir quando verificada a ausência ou ineficiência dos entes nacionais para assegurar um mínimo existencial aos pacientes da saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ADEODATO, Antônia Iara. **A reforma psiquiátrica e a reestruturação da assistência**: marco histórico e desafios da política de saúde mental no Brasil e no Ceará. Monografia (Especialista em Saúde da Família) - Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde da Família, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção (CE), 2018.

BALAGUER, Gabriela. **Franco da Rocha e os primórdios da psiquiatria em São Paulo no século XIX**. In: I Seminário Internacional Brasil no Século XIX, 2014. Anais [...] Vitória: UFES, 2014, p. 10. Disponível em: <https://www.seo.org.br/images/Anais/Arthur2/Gabriela%20Balaguer.pdf>. Acesso em 17 de jun de 2023.

BERNADES, Elexandra Helena. **Princípios do Sistema único de Saúde**: concepção dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, de uma cidade do Estado de Minas Gerais. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/DELL/Downloads/BERNARDES\\_EH.pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/BERNARDES_EH.pdf). Acesso em 30 de jun de 2023.

BRANT, Leonardo Nemer Caldeira. **Curso de Direito Internacional**: Teoria Geral do Direito Internacional Público. Vol 1. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/TCC%20-%20DIREITO%20UFC/Curso%20de%20Direito%20Internacional%20-%20Volume%20I.pdf>. Acesso em 16 de jun de 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada 45 até a Emenda Constitucional nº 39, de 19 de dezembro de 2002. 31. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. **Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841**. Fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1841, Página 49 Vol. pt II. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>. Acesso em: 15 de jun de 2023.

BRASIL. **Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992**. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação. Brasília, DF: Casa Civil. 1992. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/d0591.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm). Acesso em 24 de jun de 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Casa Civil. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 20 de jun de 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Casa Civil. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em 20 de jun de 2023.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3.657, de 28 de setembro de 1989.** Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Câmara dos Deputados. 1989. Disponível em: <https://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD29SET1989.pdf#page=30>. Acesso em: 28 de jun de 2023.

BUCCI, Daniela. KOCH, Camila de Oliveira. **A responsabilidade internacional do Estado por violação de direitos humanos por ato de particular:** o caso Maria da Penha. ARACÊ – Direitos Humanos em Revista, Ano 1, Número 1, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/4-7-1-SM.pdf>. Acesso em 03 de jul de 2023.

COSTA, Maria Izabel Sanches. **Política de saúde-política de segurança:** manicômio judiciário, entre o hospital e a prisão. Revista do Arquivo, São Paulo, Ano II, Nº 5, p. 144-160, outubro de 2017. Disponível em: [http://www.arquivoestado.sp.gov.br/revista\\_do\\_arquivo/05/pdf/COSTA\\_M\\_I\\_S\\_-\\_Politica\\_de\\_Saude-Politica\\_de\\_Seguranca\\_\\_Manicomio\\_Judiciario\\_\\_Entre\\_o\\_Hospital\\_e\\_a\\_Prisao.pdf](http://www.arquivoestado.sp.gov.br/revista_do_arquivo/05/pdf/COSTA_M_I_S_-_Politica_de_Saude-Politica_de_Seguranca__Manicomio_Judiciario__Entre_o_Hospital_e_a_Prisao.pdf). Acesso em: 20 de jun de 2023.

CRUZ, Paulo Márcio. **Fundamentos do Direito Constitucional.** 2 ed. Curitiba: Juruá, 2003.

FERREIRA, Elson Braga. **Direito à saúde:** análise do acesso ao medicamento sob a ótica do princípio da universalidade. Monografia - Curso de Direito, Departamento de Direito Público, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica.** 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2005

GONÇALVES, Monique de Siqueira. **Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880).** Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 60-77, jan | jun 2013. Disponível em: [https://www.sbhc.org.br/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=997](https://www.sbhc.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=997). Acesso em 12 de jun de 2023.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito Penal da Loucura:** medida de segurança e reforma psiquiátrica. Brasília: ESMPU, 2008.

JUNIOR, Félix Barros de Sousa. **A eficácia das sentenças internacionais condenatórias proferidas pela Corte Interamericana de Direitos Humanos contra o Estado brasileiro:** uma análise do caso Damião Ximenes Lopes. Monografia – Curso de Direito, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/TCC%20-%20DIRE>

ITO%20UFC/Dami%C3%A3o%20Xim%C3%A9nes%20Lopes/A%20efic%C3%A1cia%20das%20senten%C3%A7as%20internacionais%20condenat%C3%B3rias%20proferidas%20pela%20corte%20interamericana%20de%20direitos%20humanos.pdf. Acesso em: 05 de jul de 2023.

KNOPP, Amanda Martins. **Saúde mental, reforma psiquiátrica e os caps - centros de atenção psicossocial: a atuação do Serviço Social.** Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103466/TCC%20AMANDA%20KNOPP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 28 de jun de 2023.

MAGALDI, Felipe. **Das memórias de Nise da Silveira no hospital psiquiátrico do Engenho de Dentro.** Instituto de Antropologia de Córdoba, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba (ffyh/UNC), Argentina, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/BJkYhRrZRjXKKgjLDZzTtCz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 18 de jun de 2023.

MARTINS, Viviana. **Direito à saúde do portador de transtornos mentais:** Legislação e políticas públicas que regulam a atenção aos usuários de drogas e álcool no Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/431/1/Viviana%20Martins.pdf>. Acesso em 30 de jun de 2023.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. **Curso de Direito Internacional.** 13. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/DELL/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/TCC%20-%20DIREITO%20UFC/Curso%20de%20Direito%20Internacional%20P%C3%ABlico%20\(Valerio%20de%20Oliveira%20Mazzuoli\)%20\(z-lib.org\).pdf](file:///C:/Users/DELL/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/TCC%20-%20DIREITO%20UFC/Curso%20de%20Direito%20Internacional%20P%C3%ABlico%20(Valerio%20de%20Oliveira%20Mazzuoli)%20(z-lib.org).pdf). Acesso em 16 de jun de 2023.

MONTEIRO, Rita Maria Paiva. **Dizem que sou louco: O caso Damião Ximenes e a reforma psiquiátrica em Sobral/CE.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/TCC%20-%20DIREITO%20UFC/Dami%C3%A3o%20Xim%C3%A9nes%20Lopes/DIZEM%20QUE%20SOU%20LOUCO%20-%20O%20CASO%20DAMI%C3%83O%20XIMENES%20E%20A%20REFORMA%20-%20TESE%20-%20doutorado.pdf>. Acesso em 10 de jun de 2023.

MORAES, Letícia Maria Maciel de. **Da construção dos direitos humanos das pessoas com deficiência a sua proteção internacional pelo Sistema Interamericano de Direitos Humanos no caso Damião Ximenes.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Direitos Humanos, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/TCC%20-%20DIREITO%20UFC/Dami%C3%A3o%20Xim%C3%A9nes%20Lopes/Da%20constru%C3%A7%C3%A3o%20dos%20direitos%20humanos%20das%20pessoas%20com%20def>

ici%C3%A3o%20sua%20prote%C3%A7%C3%A3o%20internacional%20pelo%20Sistema%20Interamericano%20de%20Direitos%20Humanos%20no%20caso%20Dami%C3%A3o%20Ximenes.pdf. Acesso em 09 de jun de 2023.

MORBIDELLI, Giuseppe. **Direito Público Comparado**. 2. ed. Torino: Giappichelli, 2007.

MOURA, Evânio; MAGALHÃES, Carlos Antônio de. **Direitos Humanos, pena de morte e sistema prisional**. In: Direitos Humanos: percepções da opinião pública. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. 2010. p. 77-92.

NETO, João Costa Ribeiro. **Dignidade Humana (Menschenwürde)**: evolução histórico-filosófica do conceito e de sua interpretação à luz da Jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal alemão, do Supremo Tribunal Federal e do Tribunal Europeu de Direitos Humanos. Dissertação (Mestrado) – Curso de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12886/3/2013\\_JoaoCostaRibeiroNeto.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12886/3/2013_JoaoCostaRibeiroNeto.pdf). Acesso em 20 de jun de 2023.

NETO, João Pedro Gebran. **A aplicação imediata dos direitos e garantias individuais**: a busca de uma exegese emancipatória. Dissertação (Mestrado) – Curso de Direito, Setor de Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2001. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/73863/D%20-%20D%20-%20JOAO%20PEDRO%20GEBRAN%20NETO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 05 de jun de 2023.

Organização dos Estados Americanos. **Convenção Americana de Direitos Humanos** (“Pacto de San José de Costa Rica”). Assinada na Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, San José, Costa Rica, em 22 de novembro de 1969. Disponível em: [https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao\\_americana.htm](https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm). Acesso em: 24 de jun de 2023.

Organização dos Estados Americanos. **Estatuto da Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Aprovado pela resolução AG/RES. 448 (IX-O/79), adotada pela Assembleia Geral da OEA, em seu Nono Período Ordinário de Sessões, realizado em La Paz, Bolívia, outubro de 1979. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/v.estatuto.corte.htm>. Acesso em: 24 de jun de 2023.

Organização dos Estados Americanos. **Regulamento da Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Aprovado pela Corte no seu LXXXV Período Ordinário de Sessões celebrado de 16 a 28 de novembro de 2009. Disponível em: [https://www.corteidh.or.cr/sitios/reglamento/nov\\_2009\\_por.pdf](https://www.corteidh.or.cr/sitios/reglamento/nov_2009_por.pdf), Acesso em: 24 de jun de 2023.

OLIVEIRA, Aline Malaquias de. **O CUIDADO A PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADES CLÍNICAS NA VISÃO DOS FAMILIARES**. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em:

file:///C:/Users/DELL/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/TCC%20-%20DIREITO%20UFC/Dami%C3%A3o%20Xim%C3%A9nes%20Lopes/O%20cuidado%20a%20pessoas%20com%20transtornos%20mentais%20em%20unidades%20cl%C3%A Dnicas%20na%20vis%C3%A3o%20dos%20familiares.pdf. Acesso em 30 de jun de 2023.

OLIVEIRA, Marina de Carvalho. **PELA EMOÇÃO, PELA IMAGINAÇÃO: NISE DA SILVEIRA E A POÉTICA DO CUIDADO**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, 2020. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/ppgpsi/Dissertacao%20Final%20Marina%20Oliveira.pdf>. Acesso em 17 de jun de 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/por.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf). Acesso em: 17 de jun de 2023.

PEREIRA, Ellen Adriane Barbosa. **REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A CONTRIBUIÇÃO ESQUECIDA DE NISE DA SILVEIRA**. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/19822/1/2017\\_EllenAdrianeBarbosaPereira\\_tcc.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/19822/1/2017_EllenAdrianeBarbosaPereira_tcc.pdf). Acesso em 30 de jun de 2023.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

ROCHA, Francisco Franco da. **Estatística e apontamentos**: 6º folheto da série. São Paulo: Typografia do Diário Oficial, 1899.

ROSA, Aruanã Emiliano Martins Pinheiro. **A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e a liberdade de orientação sexual: interpretação do caso brasileiro**. I Seminário Internacional de Ciência Política Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Set. 2015. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/sicp/wp-content/uploads/2015/09/1.-ROSA-Aruan%C3%A3-Emiliano-Martins-Pinheiro-A-Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos-de-1948-e-a-liberdade-de-orienta%C3%A7%C3%A3o-sexual-interpreta%C3%A7%C3%A3o-do-caso-brasileiro.pdf>. Acesso em 1 de jul de 2032.

RODRIGUES, Gabriel de Souza. **DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: UMA ANÁLISE ENTRE O DIREITO DO INDIVÍDUO E DA COLETIVIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/4716/1/GABRIEL%20DE%20SOUZA%20RODRIGUES.pdf>. Acesso em 29 de jun de 2023.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. **Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Arte e Ciência, 1999.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 1998.

SILVA, Ana Maria Pedrosa da. **A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro**. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização em gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/TCC%20-%20DIREITO%20UFC/Dami%C3%A3o%20Xim%C3%A9nes%20Lopes/A%20import%C3%A2ncia%20do%20CAPS%20na%20Consolida%C3%A7%C3%A3o%20do%20Novo%20Modelo%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental%20Brasileiro.pdf>. Acesso em 12 de jun 2023.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 28. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2007.

SILVA, Pâmela Cristina Oliveira. **O Sistema Único de Saúde como ferramenta de manutenção do direito humano à saúde no Brasil**. Monografia Jurídica – Escola de Direito e Relações Internacionais, Curso de Direito, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2044/1/TCC%20-%20O%20SUS%20COMO%20FERRAMENTA%20DE%20MANUTEN%C3%87%C3%83O%20DO%20DIREITO%20HUMANO%20%C3%80%20SA%C3%9ADE%20NO%20BRASIL%20-%20P%C3%82MELA%20CRISTINA.pdf>. Acesso em 30 de jun de 2023.

SOARES, Andressa dos Anjos. VIDAL. Camilla Gusmão de Miranda. **DIREITO À SAÚDE, ESCASSEZ E JUDICIALIZAÇÃO: uma tríade de paradoxos**. Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/3053/1/AAS\\_CCGMV30102017.pdf](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/3053/1/AAS_CCGMV30102017.pdf). Acesso em 20 de jun de 2023.

SCHWARZ, Rodrigo Garcia. **Os direitos sociais como direitos fundamentais e a judicialização de políticas**: algumas considerações. Revista da AJURIS – Porto Alegre, v. 43, n. 141, Dezembro, 2016. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao\\_e\\_divulgacao/doc\\_biblioteca/bibli\\_servicos\\_produtos/bibli\\_informativo/bibli\\_inf\\_2006/Rev-AJURIS\\_141.10.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-AJURIS_141.10.pdf). Acesso em 20 de jun de 2023.

TEIXEIRA, Marina Raupp. **Sistema Interamericano de Direitos Humanos e os desafios da Implementação das decisões da corte no Brasil: Um estudo do Caso Damião Ximenes Lopes**. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Direito, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma-SC, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/DELL/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/TCC%20-%20DIREITO%20UFC/Dami%C3%A3o%20Xim%C3%A9nes%20Lopes/Sistema%20interamericano%20de%20direitos%20humanos%20e%20os%20desafios%20da%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20das%20decis%C3%B5es%20da%20corte%20no%20brasil.pdf>. Acesso em 16 de jun de 2023.

VALE, Ionilton Pereira de. **Direitos Humanos Fundamentais**. Orientador: José de Albuquerque Rocha. 2003. Universidade Federal do Ceará. 2003. Dissertação (Mestrado) – Curso de Direito, Departamento de Direito Público, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2003.