



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

MARIA VÂNIA ABREU PONTES

**DAMIÃO XIMENES LOPES: A “CONDENAÇÃO DA SAÚDE MENTAL”
BRASILEIRA NA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS E
SUA RELAÇÃO COM OS RUMOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

FORTALEZA

2015

MARIA VÂNIA ABREU PONTES

**DAMIÃO XIMENES LOPES: A “CONDENAÇÃO DA SAÚDE MENTAL”
BRASILEIRA NA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS E
SUA RELAÇÃO COM OS RUMOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito para o título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.

FORTALEZA

2015

P859d

Pontes, Maria Vânia Abreu.

Damião Ximenes Lopes : a “condenação da saúde mental” brasileira na Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua relação com os rumos da reforma psiquiátrica / Maria Vânia Abreu Pontes. – 2015.

299 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2015.

Área de Concentração: Psicologia.

Orientação: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.

1. Política de saúde mental – Brasil. 2. Ximenes, Damião, 1969-1999. 3. Deficientes mentais – Direitos fundamentais – Brasil. 4. Sentenças (Direito internacional público) – Brasil. 5. Corte Interamericana de Direitos Humanos. 6. Casa de Repouso Guararapes (Sobral, CE). I. Título.

CDD 362.210981

MARIA VÂNIA ABREU PONTES

**DAMIÃO XIMENES LOPES: A “CONDENAÇÃO DA SAÚDE MENTAL”
BRASILEIRA NA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS E
SUA RELAÇÃO COM OS RUMOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito para o título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima (Orientador)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^a. Dra. Maria Stella Brandão Goulart
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof^a. Dra. Theresa Rachel Couto Correia
Universidade Federal do Ceará-UFC

DEDICATÓRIA

José Raimundo Pontes (*in memorian*).

*O teu rosto à minha espera, o teu rosto a sorri
para os meus olhos, existe um trovão
de céu sobre a montanha. [...]. Hoje compreendo os rios,
a idade das rochas diz-me palavras profundas.
Hoje tenho teu rosto dentro de mim¹.*

Damião Ximenes Lopes (*in memorian*),
minha esperança.

¹ PEIXOTO, José Luis. **A casa, escuridão**. Lisboa: Temas e Debates, 2002.

AGRADECIMENTO

A Deus. À minha mãe, Izidia Pontes por sempre acreditar em mim! Aos meus irmãos Valéria e Vinícius por ser a extensão do meu eu mais exigente. À amiga Mileane Rocha por todo apoio. Meu agradecimento especial para aquele sem o qual este trabalho sequer teria existido: meu orientador, professor Aluísio Lima, que, além de ser um orientador por excelência, ele é fonte de inspiração para todos que levam a atividade de pesquisa a sério. Sou grata por ter me aceito como mestranda, na época, ainda muito imatura. À minha conterrânea de coração, Irene Ximenes, que possibilitou o conhecimento dos fatos e aquisição de fontes documentais sobre Damião Ximenes. Às professoras Dra. Estella Goulart e Dra. Theresa Raquel C. Correia pelas importantes orientações feitas no Exame de Qualificação e por terem aceitado fazer parte da minha banca de defesa. À amiga Elba Sá pela paciência e escuta durante grande parte do processo de escrita da pesquisa. A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC e colegas do Departamento de Psicologia, em particular Kécya, Umbelino, Vanesse, Vinícius, Emanuel, Renata e Beatriz pela ajuda e ensinamentos durante nossos momentos de encontros. E a todos que compõem o Grupo de Estudos PARALAXE! Ao Roberto Cavalcante, historiador sobralense pelas “heresias” historiográficas. Ao professor Dr. Willer, juiz da 3ª Vara Cível da Comarca de Sobral-Ce por ter possibilitado o acesso ao Processo Civil do caso. Aos meus colegas de faculdade Júnior Ponte e Rafaela Dantas que eram estagiários de Direito da 3ª Vara Cível da Comarca de Sobral-Ce. Eles leram semanas a fio os cinco volumes do Processo Civil, para que eu pudesse folheá-lo como pesquisadora. À minha amiga de todas as horas, Rafaela Dantas, principalmente, por ter tido ideias mágicas no processo de aquisição das fontes dessa pesquisa. Enfim, a esta amiga: tudo o que cabe na palavra GRATIDÃO! Ao Ciro Castor pela força. Ao Cavalcante Neto, juiz de uma das Varas Criminais da Comarca de Sobral que me recebeu em meio ao seu expediente de trabalho com especial atenção à pesquisa. Ao Alexandre Pinto (promotor que atuou no caso) por ter compartilhado um de seus esclarecedores Artigos científicos sobre o caso Damião Ximenes. Aos meus professores Hélio Monteiro, Robson Mata, Marcus Holanda, Léo Marckllene, Joannes Paulus, Rômulo Diniz e André Tabosa pelo incentivo. Ao Hugo Vasconcelos, mestrando em Direito pela UFC, figura ímpar, que tornou possível a aquisição de um rico material sobre o caso. À Mariana pelos ensinamentos sobre “psicodrama”. Ao mestre Samuel Arruda, professor do Programa de Pós-Graduação em direito da UFC que em inúmeras ocasiões sugeriu leituras para minha pesquisa.

“Um dia, humanidade brincará com o direito como as crianças brincam com os objetos fora de uso, não para devolvê-lo ao seu cânone e, sim para libertá-lo definitivamente dele”.

Giorgio Agamben

RESUMO

A inversa internação psiquiátrica e a perversa morte de Damião Ximenes Lopes, em 1999, no Hospital Casa de Repouso Guararapes, de Sobral, Estado do Ceará convoca-nos a discutir o surgimento dos Direitos Humanos após a Segunda Guerra Mundial, dando ênfase ao direito humano à saúde mental e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. No confronto destes pontos constatamos que a morte de Damião Ximenes Lopes levou o Brasil a ser condenado pela primeira vez na Corte Interamericana de Direitos Humanos, em 2006. A Sentença deste caso é objeto da nossa pesquisa, na medida em que ela representa uma verdadeira “condenação da saúde mental” brasileira e aponta novas medidas para a consolidação da Reforma Psiquiátrica pelo lado dos direitos humanos e supervisiona seus rumos em nossos tempos. Neste sentido, alinhado ao campo da Psicologia Social Crítica, utilizamos o método do “estudo de caso”, contextualizando-o com elementos da teoria do “estado de exceção”, da “vida nua” e da “exclusão inclusiva” de Giorgio Agamben a fim de compreender o campo manicomial da Casa de Repouso Guararapes e o consequente caso de morte psiquiátrica hospitalar. A pesquisa revela como a era dos direitos, aplicada à “exceção”, foi executada desaplicando-se. Trata-se de uma perspectiva que nos ajuda a lançar novas críticas sobre a morte de Damião Ximenes Lopes, levando em consideração que a Sentença da referida Corte é o caminho para se repensar a saúde mental brasileira, não somente como fim (com o cumprimento da Sentença), mas sim como meio sem fim para consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira em nossos tempos.

Palavras-chave: Psicologia Social; Damião Ximenes Lopes; Condenação Internacional; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica

ABSTRACT

Reverse psychiatric hospitalization and the perverse death of Damião Ximenes Lopes in 1999 in the Rest Home Hospital Guararapes, in Sobral, Ceará called us to discuss the emergence of Human Rights after the Second World War, emphasizing the human right mental health and the Brazilian Psychiatric Reform. In the comparison of these points we found that the death of Damião Ximenes Lopes led Brazil to be sentenced for the first time in the Inter-American Court of Human Rights in 2006. The judgment in this case is the subject of our research, to the extent that it represents a real "condemnation of mental health and points further actions to consolidate the psychiatric reform from the side of human rights and supervises its directions in our times. In this regard, aligned to the field of Critical Social Psychology, we use the case study method, contextualizing it with elements of the theory of the state of emergency of bare life and inclusive exclusion of Giorgio Agamben in order to understand the field of asylum House Rest Guararapes and the subsequent case of psychiatric hospital death. The research reveals how the era of rights applied for exception, was performed desapplying itself. It is a perspective that helps us to launch new criticism about the death of Damião Ximenes Lopes, taking into account that the said Court judgment is the way to rethink the Brazilian mental health, not only as an end (to the rule of sentence), but as a means endless for consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform in our times.

Keywords: Social Psychology; Damião Ximenes Lopes; International condemnation; Mental Health; Psychiatric Reform.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1 - Certidão de Nascimento de <i>Damião Ximenes Lopes</i>	27
Imagem 2 - Família Ximenes Lopes em 1975.....	28
Imagem 3 - Ipueiras-Ce e Varjota-Ce	31
Imagem 4 - Damião, o caçador de colmeias.....	37
Imagem 5 - Certidão de óbito de Damião Ximenes Lopes.....	54
Imagem 6 - Brasil foi condenado por violação de direitos humanos.....	95
Imagem 7 - Brasil é condenado por corte internacional	132
Imagem 8 - Entrevista Coletiva do MLAMC à imprensa 02/02/2000.....	139
Imagem 9 - Localização de Sobral.....	149
Imagem 10 - Santa Casa de Misericórdia de Sobral.....	155
Imagem 11 - Abrigo Sagrado Coração de Jesus da Frota.....	155
Imagem 12 - Casa de Repouso Guararapes.....	156
Imagem 13 - Damião Ximenes Lopes.....	163
Imagem 14 - Irene Ximenes em momentos de militância.....	164
Imagem 15 - Hospital Psiquiátrico de Sobral sofre intervenção.....	176
Imagem 16 - Internos do Guararapes durante intervenção.....	145
Imagem 17 - Doentes mentais pintam mural.....	179
Imagem 18 - Direitos Humanos visita Hospital psiquiátrico em Sobral.....	181
Imagem 19 - CAPS II Damião Ximenes Lopes.....	187
Imagem 20 - Rede de Atenção Integral à Saúde Mental.....	189
Imagem 21 - Fluxograma da RAISM de Sobral.....	192
Imagem 22 - Parecer Técnico Geral da OPAS sobre Saúde Mental.....	201
Imagem 23 - Entidade privada de representação do Estado.....	218
Imagem 24 - Damião Ximenes Lopes em fase internação.....	219
Imagem 25 - Irene Ximenes Miranda na luta por amor.....	241
Imagem 26 - Cosme Ximenes Lopes.....	246
Imagem 27 - Albertina Viana Lopes.....	247
Imagem 28 - Francisco Leopoldino Lopes.....	249
Imagem 29 - População brasileira.....	250

LISTA DE QUADROS

Tabela 1- Valor médio das AIHS (Autorização para Internamento Hospitalar) em hospitais psiquiátricos do Ceará no triênio 97-99.....	141
Tabela 2 - Valor médio e Custos das Internações em Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos no ano de 1998.....	141
Tabela 3 - Serviços e coberturas de Assistência Psiquiátrica de Sobral, em 1999.....	159
Tabela 4 - Documentos da RAIM de Sobral.....	192
Tabela 5 - Capacidades e coberturas dos Serviços de Assistência Psiquiátrica de Sobral, em 2005.....	195
Tabela 6 - Resumo das Reparações Determinadas pela Corte IDH.....	238
Tabela 7- Resumo das reparações determinadas pela Corte IDH em real (R\$).....	239

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ASVP - ASILO DE SÃO VICENTE DE PAULA
ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA
AIHS - AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
CEBES - CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
PAM - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICA
CEM - CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
CAPS - CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CRESAM - COMISSÃO DE REFORMA DA SAÚDE MENTAL
CDHM - COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E MINORIAS DA CÂMARA
CNSM - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
CESAU - CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE
CRFB - CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988
COMISSÃO IDH - COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS
CORTE IDH - CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS
DINSAM - DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL
FBH - FEDERAÇÃO BRASILEIRA DOS HOSPITAIS
FCDH - FÓRUM CEARENSE DE DIREITOS HUMANOS
FAE - FRAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL
FAEC - FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO
GAP - GRUPO DE ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA
HSM - HOSPITAL DESAÚDE MENTAL DE MESSEJANA
IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IPECE - INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ
IJF - INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA
INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
IPI - INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS
IPV - INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS VOLUNTÁRIAS
IML - INSTITUTO MÉDICO LEGAL
MBRP - MOVIMENTO BRASILEIRO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA
MLAMC - MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL CEARENSE
MNLAM - MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL

MTSM - MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

RNILA - REDE NACIONAL DE INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL

NOASS - NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

NOBS - NORMAS DE OPERAÇÕES BÁSICAS

NAPSS - NÚCLEOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

OAB - ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

OEAS - ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

OPAS ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE

PPS - PARADIGMA PSICOSSOCIAL

PPHM - PARADIGMA PSIQUIÁTRICO HOSPITALOCÊNTRICO MEDICALIZADOR

PPI PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COM PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA

PISAM - PLANO INTEGRAL DE SAÚDE MENTAL

PIPBCXL, 2003 - PROCESSO INTERNACIONAL, PETIÇÃO, BRASIL, CASO XIMENES LOPES, 2003

PICBCXL, 2005 - PROCESSO INTERNACIONAL, CONTESTAÇÃO, BRASIL, CASO XIMENES LOPES, 2005

PIAFCXL, 2006 - PROCESSO INTERNACIONAL, ALEGAÇÕES FINAIS, CASO XIMENES LOPES, 2006

PSF - PROGRAMADE SAÚDE DA FAMÍLIA

PACS - PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PRH PROGRAMA DE REESTRUTURAÇÃO HOSPITALAR

PISAM - PROGRAMA INTEGRADODE SAÚDE MENTAL

PNASH - PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES

RNILA - REDE NACIONAL INTERNÚCLEOS DA LUTA ANTIMANICOMIAL

RMP - RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

RMS - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NAÁREA DE SAÚDE

SESA - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SER - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL

SIH - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SOCEP - SOCIEDADE CEARENSE DE PSIQUIATRIA

UIPHG - UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL

UECE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

UFBA - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

SUMÁRIO

1 PRÓLOGO	17
Quem foi Damião Ximenes Lopes?.....	22
Damião é um Ximenes Lopes.....	26
Um menino de negócios humanos.....	31
Um adolescente caçador de colmeias.....	36
Um jovem que tem a vida transformada radicalmente após um diagnóstico psiquiátrico.....	40
Sobre a pesquisa e a metodologia.....	57
2 DO MARCO TEÓRICO DA PSICOLOGIA SOCIAL AO DIREITO HUMANO À SAÚDE MENTAL E À REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: CAMINHOS DE UMA PESQUISA.....	64
2.1 Pressupostos teóricos e epistemológico da Psicologia Social.....	64
2.2 A Proteção do Direito Humano à Saúde.....	72
2.3 A Proteção do Direito Humano à Saúde Mental.....	83
2.4 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	94
2.5 Rumo aos “avanços” da Reforma Psiquiátrica Brasileira ou a uma condenação?.....	108
3 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CEARÁ.....	133
3.1 Perspectivas reformistas da saúde mental cearense.....	133
3.2 O caso reformista da saúde mental de Sobral-Ce.....	148
3.2.1 <i>Aspecto histórico e social</i>	149
3.2.2 <i>A saúde mental de Sobral entre os anos de 1925 e 1999</i>	154
3.2.3 <i>Casa de Repouso Guararapes, “hospital dos perturbados” ou “hospital do Dr. Remo”</i>	161
3.2.4 <i>Os novos rumos da saúde mental: reflexos do caso reformista</i>	184
4 A SENTENÇA DO CASO DAMIÃO E A “CONDENAÇÃO DA SAÚDE MENTAL” BRASILEIRA.....	195
4.1 Sentença internacional da Corte IDH: 4 de julho de 2006.....	195
4.2 Parecer técnico sobre saúde mental da OPAS.....	200
4.3 Casa de Repouso Guararapes vista pela Justiça de fora.....	206
4.4 Violência contra o status humano: a vida nua.....	207
4.5 História clínica de Damião Ximenes Lopes.....	218
4.5.1 <i>O resultado de uma internação psiquiátrica inversa</i>	222

<i>4.5.2 Uma “vida absolutamente matável”</i>	226
<i>4.5.2.1 Causas da morte sem causa</i>	228
4.6 Família Ximenes Lopes e a população brasileira	236
<i>4.6.1 Irene Ximenes Lopes Miranda</i>	240
<i>4.6.2 Cosme Ximenes Lopes</i>	245
<i>4.6.3 Albertina Viana Lopes</i>	246
<i>4.6.4 Francisco Leopoldino Lopes</i>	248
<i>4.6.5 A população brasileira</i>	249
<i>4.6.5.1 O direito ao respeito à dignidade e à autonomia</i>	253
<i>4.6.5.2 Cuidados mínimos e condições de internação dignas</i>	254
<i>4.6.5.3 O uso da sujeição ou contenção física obrigatória</i>	255
<i>4.6.5.4 Os deveres do Estado</i>	256
<i>4.6.6 A saúde mental brasileira como marco Pós 4 de outubro de 1999</i>	259
<i>4.6.7 Cumprimento e supervisão da saúde mental brasileira em nossos tempos</i>	268
<i>4.6.7.1 Primeira supervisão da Corte IDH: 2 de maio de</i>	269
<i>4.6.7.2 Segunda supervisão da Corte IDH: 21 de setembro de 2009</i>	273
<i>4.6.7.3 Terceira supervisão da Corte IDH: 17 de maio de 2010</i>	275
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	280
REFERÊNCIAS	299

1 PRÓLOGO

No campo [*no nosso caso a Casa de Repouso Guararapes*], uma das razões que podem impedir um deportado [*um paciente da Casa de Repouso Guararapes*] a sobreviver consiste em tornar-se uma testemunha:

“Da minha parte, tinha decidido firmemente que, independentemente do que me viesse a acontecer, não me teria tirado a vida. Queria ver tudo, viver tudo, fazer experiência de tudo, conservar tudo dentro de mim. Com que objetivo, dado que nunca teria tido a possibilidade de gritar ao mundo aquilo que sabia? Simplesmente porque não queria sair de cena, não queria suprimir a testemunha que podia me tornar” (AGAMBEN, 2008c, p.25 *grifo nosso*).

Conheci Aluísio Ferreira de Lima, professor do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), em 2012, numa rápida apresentação feita pela minha amiga Mileane Rocha, assistente do referido curso, à época. Nesta mesma ocasião, recebi de Aluísio orientação com relação à escrita de um projeto de mestrado em Letras que eu tinha elaborado e iria submetê-lo a uma seleção de mestrado em Literatura pela UFC. Alguns dias depois fomos reciprocamente adicionados pelo Facebook². Em outro momento, iniciamos uma conversa informal pelo bate-papo dessa rede. Na conversa virtual fui percebendo o quanto a sua perspectiva de pesquisa sobre saúde mental era interessante para a minha monografia do curso de direito que se encontrava em processo de construção e versava sobre as pessoas com transtornos mentais que cometem crime no Brasil. Recebi do referido professor boas dicas de leituras, mas a conversa chegou ao que chamo aqui de “não-dito”³ acerca da morte de Damião Ximenes Lopes, vítima de uma internação psiquiátrica desumana, ocorrida em 4 de outubro de 1999, na Casa de Repouso Guararapes, localizada no Bairro Dom Expedito, na cidade de Sobral, Estado do Ceará. Já tinha ouvido falar desse caso nas aulas de Direito Internacional e sabia que por conta dele o Brasil tinha sido condenado pela primeira vez na Corte Interamericana de Direitos Humanos. O que preenchia este meu campo de informação era, na verdade, o mais profundo desconhecimento.

²Rede Social situada no *ciberespaço*.

³No sentido originário atribuído pelo historiador Michel de Certeau (2000), o termo “não-dito” assinala uma crítica às ausências de informações em documentos históricos. Dentro desse estudo de Psicologia Social, o referido termo representa as novas possibilidades de discussões sobre os impactos da morte de Damião Ximenes à luz de um “saber psicológico” gerador de novos sentidos e práticas de sensibilização no campo da saúde mental. Muito já li sobre o “Caso Damião Ximenes”, mas os enfoques dos estudos em grande parte parecem concentrar-se em torno da seara jurídica do mesmo. Sendo assim, em vez de estudar o Caso na vertente já explorada pelos meios de comunicação e pela academia, opto por abordar sua relação com um outro lugar, o do **sujeito de direitos** (Damião Ximenes Lopes) na perspectiva da Psicologia Social Crítica.

Quando Aluísio Lima falou-me sobre o referido caso com um intenso sentimento de indignação frente ao “estado exceção”⁴ manifesto nos perversos espaços psiquiátricos brasileiros, simplesmente, fiquei sem palavras. Encerramos o bate-papo, porém aquela conversa perturbou-me, fez-me olhar de novo para este caso que era aparentemente conhecido, mas agora (depois da conversa com o professor) tão desconhecido para mim. Por diversas vezes refleti sobre aquela conversa, o “não-dito” era uma situação social do caso silenciada pela “esquizofrenia da exceção”⁵, provocando-me inquietações, que ainda suscitam outras, infinitamente ...

O que era um bate-papo informal em “rede social”⁶ se transformou em um Projeto de mestrado desde 2013. Na ocasião, eu era uma aluna do 9º semestre do curso de Direito, com a cabeça na monografia e nos estágios para enfrentar o 10º semestre. Para os mais lúcidos era uma “doidiça” a minha decisão de tentar o mestrado em Psicologia (área quase desconhecida para mim) naquele momento. E havia uma série de outros fatores circunstanciais que também diminuiriam minhas chances de aprovação, mas a vontade de lutar por esta pesquisa era poderosamente mágica, de repente tudo foi se materializado no curso das cinco fases do processo seletivo. Este foi o itinerário que percorri para chegar ao meu objeto de estudo.

Certamente não existem considerações, por mais gerais que sejam, nem leituras, tanto quanto se possa entendê-las, capazes de suprimir a particularidade do lugar de onde eu falo e do domínio em que realizo uma investigação. Essa marca é indelével (CERTEAU, 2000, p. 65).

Este “lugar de onde eu falo” citado pelo historiador Michel de Certeau, levou-me a escolher o uso do “eu” em detrimento “nós” pelo menos nessa introdução preliminar sobre esse Projeto de pesquisa. Com essa marca pessoal revelo ao leitor minha primeira relação com o objeto de estudo. A escrita também reflete a minha formação em Letras e

⁴Nessa expressão, refiro-me ao fato de Aluísio Lima ter tomado por base a obra “Estado de exceção”, de Giorgio Agamben para comentar sobre os tempos da Casa de Repouso Guararapes, como uma era de anormalidade, pois havia a consolidação de um verdadeiro “Estado de exceção” no interior dos espaços psiquiátricos brasileiros. AGAMBEN, Giorgio. **Estado de Exceção**. Trad. Iraci D. Poletti. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008. 133 p. (Coleção Estado de Sítio).

⁵A expressão “esquizofrenia da exceção” está sendo utilizada de forma a conjugar a literatura sobre nazismo com a escalada da violência em espaços psiquiátricos brasileiros, tomando por base a morte de Damião Ximenes Lopes na Casa de Repouso Guararapes. Este ponto de intersecção entre o modelo nazista e o modelo psiquiátrico asilar combatido pela Reforma Psiquiátrica tomará por base a discussão de Giorgio Agamben (2004) acerca do extermínio de uma vida já destituída de suas qualidades políticas, uma vida nua na era da “normalidade” inversa.

⁶As *Rede sociais* ficam situada no *Ciberespaço*. Trata-se de um novo meio de comunicação surgido da interconexão de uma rede de computadores e de suas memórias. O *Ciberespaço* produz sua própria cultura coletiva, a *cibercultura*, marcada por um conjunto de práticas, atitudes e modos de pensar na contemporaneidade (LEVY, 2000 *apud* SANTANA *et al*, 2012).

Direito, entretanto, é como alguém do campo da Psicologia Social Crítica que através da palavra, defino-me em relação ao outro no esteio social dessa investigação científica. O que se encontra associado à utilização performativa do pronome pessoal da primeira pessoa não é apenas a minha autoapresentação como vontade livre dentro do texto, mas igualmente a minha auto-compreensão na relação com o meu objeto de estudo, enquanto indivíduo que se difere de todos os outros.

“O lugar de onde eu falo” do ponto de vista dos procedimentos metodológicos em Psicologia Social é muito mais que um lugar específico em que estou inserida, pois o conhecimento é algo que se constrói por meio do posicionamento crítico/reflexivo, do argumento no qual sustento a escolha das discussões, de práticas sociais, de experiências (individuais e coletivas) e de lugares muito diferentes (SPINK, 2003).

O caminho que venho trilhando como mestrandia em Psicologia tem sido orientado pela perspectiva desenvolvida no PARALAXE: Grupo interdisciplinar de estudos, pesquisas e intervenções em Psicologia Social Crítica, liderado por Aluísio Lima. A particularidade desse grupo de estudos é sua articulação interdisciplinar e capacidade de estender seu laboratório de pesquisa às Redes Sociais, em conexão com vários outros pesquisadores, onde todos procuram fazer parte da construção de novos saberes sempre inacabados. Desde a crítica às políticas de manutenção do “estado de exceção”⁷ na contemporaneidade, a discussão sobre as identidades e processos de reconhecimento, até sua preocupação com a repolitização da produção de conhecimento em Psicologia Social pela Teoria Crítica. Esta visão em paralaxe constitui um campo de desafios para a ciência e a prática, possibilitando tratar de objetos complexos como a sinistra morte de Damião Ximenes Lopes, que será discutida de maneira interdisciplinar no *corpus* dessa pesquisa.

A partir dos processos (sociais e jurídicos) que envolvem Damião Ximenes Lopes e da sua condição de sujeito de direitos creio que será possível analisar as mudanças ocorridas no campo da saúde mental brasileira, sob uma ótica psicossocial inovadora e crítica. Para tanto, tentarei desmontar o meu objeto de estudo a fim de ir mais longe, ou seja, alargar as possibilidades de compreensão do mesmo. Dada à urgência no campo da Psicologia Social Crítica de termos um estudo que seja capaz de reconhecer os eventos

⁷O estado de exceção, na concepção schmittiana, é a abertura de um espaço em que a aplicação e norma mostram sua separação e em que uma pura força de lei realiza (isto é, aplica desaplicando-se) uma norma cuja aplicação foi suspensa. Desse modo, a união impossível entre norma e realidade, e a conseqüente constituição do âmbito da norma, é operada sob a forma da exceção [...]. Em todos os casos, o estado de exceção marca um patamar onde lógica e práxis se indeterminam e onde uma pura violência sem *logos* pretende realizar um enunciado sem nenhuma referência real (AGAMBEN 2008b, p.63).

perversos que implicaram na morte de Damião Ximenes Lopes e o quanto as denúncias do caso ainda intervêm no campo da saúde mental brasileira. Uma questão fundada na luta pela efetivação de direitos, por uma saúde mental libertária e uma Justiça manifesta, já que o “estado de exceção” negou a Damião Ximenes Lopes o mais fundamental dos direitos: o direito à vida.

Este breve relato preliminar situa meu leitor quanto às questões geradoras da opção do objeto de estudo e o introduz no assunto que será discutido no corpo da dessa dissertação. Tal assunto pertence a todos os seres humanos, na medida em que ajuda a problematizar um caso de mortalidade psiquiátrica hospitalar, cujo extermínio da vida contou com o financiamento e ação do próprio Estado, o que configura um “estado de exceção” não declarado oficialmente, mas manifesto e mantido pela “exclusão inclusiva” própria dos campos reservados aos “absolutamente matáveis”.

Enfim, como mestrandia em Psicologia acredito que a palavra dentro dessa dissertação é uma espécie de ponte lançada entre mim e os outros. Se ela se apoia sobre mim numa extremidade, na outra apoia-se sobre o meu interlocutor, pois a palavra é esse território comum do locutor e do interlocutor (BAKHTIN, 1979). Entre ambos existe um “entre nós” como indicam as pesquisas de Jürgen Habermas (2010b [1929]). Nesse sentido, o “nós” é a representação de um contrato social, ou seja, é um sujeito plural que “mantém” o discurso sob uma dimensão mais democrática e participativa. Nesta dinâmica, o “eu” vive em “nós” a partir do momento em que o primeiro é constituído intersubjetivamente por meio da sua relação com os outros.

Quem foi Damião Ximenes Lopes?

Como essa pesquisa está inserida no campo da Psicologia com ênfase no marco teórico-metodológico da Psicologia Social Crítica, decidimos apresentar o *sujeito* que aparece no objeto (Processo Internacional - Sentença) da nossa pesquisa, tal como é lembrado em vida nos relatos de seus familiares e na literatura já existente que é rica em depoimentos, falas e testemunhos registrados em diversos documentos, bem como na extraordinária produção científica de Milton Pereira (2001), Nadine Borges (2009) e Rita Monteiro (2015).

Esta apresentação é oportuna, tendo em vista que se fala mais no caso⁸ Damião Ximenes ou caso Ximenes Lopes do que no sujeito em questão, Damião Ximenes Lopes. Assim, sentimos essa necessidade de apresentá-lo no mundo da vida como um ser humano que “traz consigo uma dimensão que não pode ser descartada, que é sua condição social e histórica, sob o risco de termos uma visão distorcida (ideológica) de seu comportamento” (LANE, 2004b, p.12). Para tanto, tomaremos, em particular, a compreensão de identidade desenvolvida por Antônio Ciampa (2009a [1987], 2004b), que foi atualizada em estudos mais recentes por Alúcio Lima (2010a, 2012d), além do texto “quem és?” de Hannah Arendt (2001d). Vale ressaltar nesse momento, que a nossa intenção não é problematizar a questão da identidade, mas sim de utilizarmos alguns de seus elementos como suporte na apresentação de um indivíduo que aparece no nosso objeto de estudo.

Para Ciampa (2009a, [1987]), a identidade é o movimento concreto do humano em metamorfose. Nesse caso, é sermos o Um e o Outro, para que cheguemos a ser Um, no meio de transformações contínuas da própria vida humana. Lima (2010a, 2012d) amplia esta compreensão, quando assinala em seus estudos que a identidade exige uma articulação de todos os aspectos do desenvolvimento humano (cognitivo, afetivo, estético, ético, moral, sexual, corpóreo, motor, linguagem, etc). Segundo Arendt (2001d), o “quem és?” revela o agente do discurso e da ação. Nesse caso, os indivíduos revelam quem são pela fala e pelo ato, manifestam suas habilidades, e, principalmente, sua identidade pessoal e singular. Todavia, qualquer resposta dada a esta pergunta é incapaz de definir por completo quem é um indivíduo, humanamente falando, ele é um iniciador, que tende sempre a ultrapassar qualquer ideia pressuposta, expectativa ou previsibilidade anterior que possamos ter ao seu respeito no mundo da vida.

A partir deste marco teórico, a proposta de apresentar quem foi Damião Ximenes Lopes ganha sustentação pela possibilidade de utilização de alguns dos elementos da abordagem psicossocial de identidade mencionada pelos autores supracitados. Com isto, aspiramos mostrar a imprevisibilidade de Damião Ximenes Lopes através da sua história de vida contada pela memória manifesta de seus pares. Isso nos permitir também tentar

⁸Termo compreendido no sentido explicitado pelo Juiz Sérgio García Ramírez em voto separado sobre o caso Ximenes Lopes *versus* Brasil: “Os direitos e as garantias universais, que têm caráter básico e foram “pensados” para a generalidade das pessoas, devem ser complementados, afinados, precisados com direitos e garantias que operam junto a indivíduos pertencentes a grupos, setores ou comunidades específicos, isto é, que adquirem sentido para a particularidade de algumas ou muitas pessoas, mas não todas. Isto permite ver, por detrás do desenho genérico do ser humano, membro de uma sociedade uniforme – que pode alçar-se na abstração a partir de sujeitos homogêneos –, o “caso” ou os “casos” de seres humanos de carne e osso, com perfil característico e exigências diferenciadas”. Ver CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentença de 04 de junho de 2006. Mérito, Reparação e Custas. Disponível em . Último acesso em: 12 de junho de 2012. Acessado em 14.10.2012.

responder de forma aberta a pergunta que surge quando ouvimos falar em caso Damião Ximenes ou caso Ximenes Lopes⁹: “- Quem foi Damião Ximenes Lopes?”¹⁰. Esta é uma questão de identidade sobre alguém que humanamente aparece dentro do nosso objeto de estudo e que nos dispomos a conhecê-lo.

Quando queremos conhecer a identidade de alguém, quando nosso objetivo é saber quem alguém é, nossa dificuldade consiste apenas em obter as informações necessárias. O pai que deseja saber quem são os amigos que andam com seu filho, a mãe que procura conhecer o namorado da filha, o empregado que seleciona um candidato para trabalhar, o comerciante (lojista ou banqueiro) que procura se assegurar da credibilidade de um cliente a quem vai fazer um empréstimo, todos eles procuram “tomar informações” através dos mais variados meios e formas; a natureza das informações pode variar, mas todas têm em comum o fato de permitirem um conhecimento da identidade da pessoa a respeito de quem as informações são tomadas (CIAMPA, 2004b, p.62).

Com isto, Ciampa (op. cit.) nos conduz a uma segunda pergunta: como é fornecido esse conhecimento sobre Damião Ximenes Lopes? Para este pesquisador, a resposta não é tão simples quanto parece à primeira vista. Ele acredita que a forma mais básica, habitual e inicial é fornecer um nome, um substantivo, em cujo dicionário da língua portuguesa aparece como a palavra que designa o ser, que nomeia o ser. A partir desta compreensão, Ciampa evidencia que nós podemos identificar o sujeito que aparece no nosso objeto de estudo por meio do seu nome, que indica num conjunto de outros seres sua singularidade: Damião. Se ele fosse fazer sua própria apresentação dentro dessa dissertação diria “chamo-me Damião”, ou seja, sua autoapresentação estaria relacionada a forma como os outros o chamam em seu meio. Nesse caso, a pessoa “torna-se” o próprio nome a partir da sua relação contínua com os outros. Logo, a resposta ou o conhecimento sobre alguém não se limita ao nome, mas a representação da identidade deste como produto e produtor da sua história e da sociedade na qual é agente.

Dentro desta compreensão teórica de Ciampa, o primeiro grupo social de Damião foi o da família, que o nomeou no mundo da vida social. Seu primeiro nome (prenome - Damião) o diferencia dos seus familiares (menos do seu irmão gêmeo, Cosme), enquanto os últimos nomes (sobrenome- Ximenes Lopes) o iguala a eles. A diferença e a igualdade são construídas, conforme os grupos sociais que Damião vai pertencendo ao longo da vida. Desse modo, a questão do desenvolvimento do sujeito e da sociedade aparece como relevante e indispensável à apresentação de Damião (LIMA, 2012d).

⁹Nesta dimensão casuística, o sujeito (Damião Ximenes Lopes) está colonizado por um processo que o envolveu em algum momento da vida.

¹⁰Trata-se de questão mais alargada (para além dos processos que o envolvem), que encontra no humano a possibilidade conhecê-lo na sua dimensão de sujeito histórico agente da vida e da sociedade a qual pertence.

Com base nestes apontamentos teóricos, tentaremos “responder” quem foi Damião Ximenes Lopes, a partir da “descrição de uma personagem, cuja vida, cuja biografia aparecerá numa narrativa, [...], ou seja, como personagem que surge no discurso” (CIAMPA, 2004b, p.60) de seus pares sempre de forma diferente, levando em consideração a capacidade humana de constante revelação em movimento, que se mostra sucessivamente de forma inovadora a cada instante da vida, isso significa dizer que qualquer resposta a esta questão de identidade é apenas uma das possibilidades que dispomos para tornar Damião um quase conhecido dentro da nossa dissertação.

Nessa perspectiva, acreditamos que “só podemos saber quem o homem foi se conhecermos a história da qual ele é o herói – em outras palavras, sua biografia” (ARENDRT, 2001d, p. 198-199). Todavia, isso não implica dizer que estamos falando de homens de grandes feitos e obras, mas sim de um indivíduo com simples “disposição de agir e falar e inserir-se no mundo e começar uma história própria” (*Idem*).

Com base em Ciampa (2004, pp.65-66), podemos afirmar que “antes de nascer”, Damião já era representado como “filho de alguém” e essa representação prévia o constituía efetivamente, como “filho”, “membro de uma determinada família”; posteriormente, essa representação foi assimilada por ele de tal forma que seu processo interno de representação foi incorporado na sua objetividade social “como filho daquela família”. Nesta perspectiva, a certidão de nascimento de Damião destacada abaixo o individualiza (após o nascimento), principalmente, na vida civil:

Imagem 1

Certidão de Nascimento de Damião Ximenes Lopes

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 REGISTRO CIVIL
 ESTADO DE São Paulo
 COMARCA DE Santos, Distrito de Santos
 DISTRITO DE Santos, Distrito de Santos
 Que aqui Votou João Manoel
 Oficial - Est. de Santos - do Registro Civil

Certidão de Nascimento

CONSTITUCIONADA em 20 de Setembro de 1961, Livro A - 12
 Ordem 26.784 - do Registro e Assessorio de Nascimento de DAMIÃO XIMENES LOPES

de nome DAMIÃO XIMENES LOPES - do Sexo M - nascido em Santos, Estado de São Paulo, em 20 de Setembro de 1961, às 18 horas e 15 minutos, filho legítimo e único de

o Sr. ALBERTO XIMENES LOPES - do Sexo M - nascido em Santos, Estado de São Paulo, em 15 de Junho de 1928, e

da Srta. FRANCISCA LEONARDO FERREIRA - do Sexo F - nascida em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1932, ambos casados em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1958.

de mãe a Srta. FRANCISCA LEONARDO FERREIRA - do Sexo F - nascida em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1932, e

de pai o Sr. ALBERTO XIMENES LOPES - do Sexo M - nascido em Santos, Estado de São Paulo, em 15 de Junho de 1928, ambos casados em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1958.

O nome de família em 20 de Setembro de 1961, às 18 horas e 15 minutos, foi o Sr. JOÃO MANOEL XIMENES LOPES - do Sexo M - nascido em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1932, e

de mãe a Srta. FRANCISCA LEONARDO FERREIRA - do Sexo F - nascida em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1932, e

de pai o Sr. ALBERTO XIMENES LOPES - do Sexo M - nascido em Santos, Estado de São Paulo, em 15 de Junho de 1928, ambos casados em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1958.

Observações:

1 - O nome de família em 20 de Setembro de 1961, às 18 horas e 15 minutos, foi o Sr. JOÃO MANOEL XIMENES LOPES - do Sexo M - nascido em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1932, e

de mãe a Srta. FRANCISCA LEONARDO FERREIRA - do Sexo F - nascida em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1932, e

de pai o Sr. ALBERTO XIMENES LOPES - do Sexo M - nascido em Santos, Estado de São Paulo, em 15 de Junho de 1928, ambos casados em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1958.

2 - O nome de família em 20 de Setembro de 1961, às 18 horas e 15 minutos, foi o Sr. JOÃO MANOEL XIMENES LOPES - do Sexo M - nascido em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1932, e

de mãe a Srta. FRANCISCA LEONARDO FERREIRA - do Sexo F - nascida em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1932, e

de pai o Sr. ALBERTO XIMENES LOPES - do Sexo M - nascido em Santos, Estado de São Paulo, em 15 de Junho de 1928, ambos casados em Santos, Estado de São Paulo, em 10 de Janeiro de 1958.

Fonte: Processo Civil

De acordo com o Código Civil brasileiro, a pessoa natural ou física é um ser humano, que provenha de uma mulher. A personalidade civil desta pessoa começa com o nascimento com vida, mas a lei o protege, desde a concepção, os direitos do nascituro, ou seja, Damião já era representado como filho de alguém antes de nascer, bem como salvaguardado pelo Estado.

Damião é um Ximenes Lopes

Entre igualdade e diferenças Damião Ximenes Lopes e Cosme Ximenes Lopes ou Cosme e Damião nasceram no dia 25 de junho de 1969, em Santa Quitéria-Ceará¹¹, filhos gêmeos de Francisco Leopoldino Lopes e Albertina Ximenes Lopes. Tendo como avos paternos Leopoldino Rodrigues e Adília Lopes Caetano; e como avos maternos José Furtado Ximenes e Irene Viana Ximenes e como irmãos Irene Miranda Ximenes, Antônio Ximenes, Cícero Ximenes, Raimundo Ximenes e Irina Ximenes.

Como nos ensina Arendt (1988c, p.216), no nascimento de cada homem, o começo inicial é reafirmado, pois, em cada caso, vem a um mundo já existente alguma coisa nova que continuará a existir depois da morte de cada indivíduo. Porque é um começo, o homem pode começar; ser humano e ser livre são uma e a mesma coisa nesse processo.

Com relação ao nascimento dos gêmeos, o depoimento de Irene Ximenes, em Monteiro (2015, p.94) é esclarecedor: “[...] apesar do Cosme e do Damião terem a mesma idade, mas Cosme foi o que nasceu primeiro né, então o Cosme a gente considerava mais velho que Damião porque nasceu primeiro, só cinco minutos de diferença”. A irmã também destaca que “[...] eles eram idênticos, idênticos, eram bem loirinhos, bem loirinhos assim, cabelinho cortado na testa, pegava muito sol aí o cabelo em cima ficava assim branquinho [...]” (*Idem*, p.93). Tal fato pode ser verificado na foto destacada abaixo.

¹¹A cidade de Santa Quitéria fica localizada na Região Norte do Estado. Disponível em www.entrecidadedistancia.com.br. Acesso em 24/07/2014.

Imagem 2
 Família Ximenes Lopes em 1975



Tocaia-Ce (zona rural), distrito da cidade de Santa Quitéria-Ce.
 Fonte: Foto do Acervo Público do Instituto Damião Ximenes (2009).

Em 2014, Irene Ximenes, irmã mais velha de Damião disponibilizou para a nossa pesquisa a foto supracitada com a emoção própria de quem ama profundamente sua família. Ela marcou Damião entre os familiares, ressaltando que nessa época ele tinha seis anos de idade, perfazendo cinco irmãos ao todo. Que mais tarde nasceram os outros dois irmãos, totalizando ao final sete irmãos (Damião Ximenes, Irene Ximenes, Antônio Ximenes, Cosme Ximenes, Cícero Ximenes, Raimundo Ximenes e Irina Ximenes). Na referida foto, encontramos os personagens da família Ximenes Lopes, a paisagem própria da zona rural durante o período de chuvas e a casinha de taipa como pano de fundo. “A casa não é tema ou ambiente, a casa é personagem-narrador” (GUTIERREZ, 2007, p.29) da história da própria família como iremos perceber mais adiante.

Até o final do mês de setembro de 1975, o pai de Damião trabalhava na agricultura para o sustento familiar. A família morava em uma casa de taipa situada na localidade de Tocaia (zona rural), distrito da cidade de Santa Quitéria-Ce.

Na vida do homem, a casa afasta contingências, multiplica seus conselhos de continuidade. Sem ela o homem seria um ser disperso. Ela mantém o homem através das tempestades do céu e das tempestades da vida. É corpo e é alma. É o primeiro mundo do ser humano. Antes de ser “jogado no mundo”, como o professam as metafísicas apressadas, o homem é colocado no berço da casa (BACHELARD, 1993, p.24).

O depoimento de Irene Ximenes, em Monteiro (2015, p. 92) relata com detalhes a época em que a família Ximenes Lopes morava na “casinha de taipa”:

“O meu pai era agricultor, ele gostava muito, ele criava também, a gente tinha animais, ele gostava muito de fazer caças, acho que os meninos aprenderam isso

com ele [...] Lá a gente lá teve uma infância muito boa, apesar de pobre, nossa infância, eu tenho uma recordação muito boa lá de Tocaia, a gente brincando, eu e os meninos, nós cinco correndo na chuva, quando chegava aquela chuva a gente tomava banho de chuva correndo nos terreiros. A gente não tinha nada era mais feliz, eu me lembro assim a gente era muito feliz, a gente não tinha nada e era mais feliz que hoje. Eu lembro da nossa casinha, se eu soubesse pintar eu pintava perfeito a casinha que a gente morou, a casinha de taipa com os pés de cajueiro no quintal”.

Neste sentido, “a infância é certamente maior que a realidade. Para experimentar, através de nossa vida, o apego que sentimos pela casa natal, o sonho é mais poderoso que os pensamentos” (BACHELARD, 1993, p.35). E “toda grande imagem simples revela um estado de alma. A casa, mais ainda que a paisagem, é um ‘estado de alma’. Mesmo produzida em seu aspecto exterior, ela fala de uma intimidade” (*Idem*, p.84). Tomando emprestado o entendimento de Gustirrez (2007), “a casa (da família Ximenes Lopes) é personagem singular, não só por ser casa e, portanto, de não poder interferir nas ações, embora a tudo assista, e os deslimites de ser uma memória com sentimentos humanos” (p.29 grifo nosso). Com base em Bachelard (1993), podemos observar que o espaço da casa percebido pela imaginação de Irene Ximenes não é o espaço indiferente entregue à mensuração e à reflexão do geômetra. É um espaço vivido pela família. E vivido não em sua positividade, mas com todas as parcialidades da imaginação. Pela fala de Irene, quase sempre ele atraía as crianças dentro e fora. No interior por conter os limites (que protegem), os segredos e as ordens dos pais. Quando fora pela possibilidade de aventura. Assim, no reino das imagens recordadas, percebemos que o jogo entre o exterior e a intimidade não é um jogo equilibrado, o que deixa mais viva a memória da história da família. Como diz Monteiro (2015, p.92) “a lembrança da casa onde viveu parte da infância ao lado dos seus irmãos é um ‘espaço da memória’ de Irene importante na biografia da família”.

De acordo com o depoimento de Irene Ximenes, em Pereira (2001, p.121): “[...] na ausência do pai, brincávamos, brincávamos. Fazíamos tudo que tem direito uma criança. Quando ele voltava pra casa acabava nossa alegria”. Na análise de Monteiro (2015, p. 93),

a casa de Irene, com as possibilidade de brincadeiras que a cercavam, devido estar localizada no espaço rural, mesmo com as proibições paternas, surgem em sua narrativa como local privilegiado de descobertas que foram vivenciadas em comunhão com os irmãos e em convivência afetivas em que o desvelo da mãe se faz presente como a dirigir os “limites” do mundo a ser descoberto.

Como diz Bachelard (1993, p. 24):

[...] é preciso dizer como habitamos o nosso espaço vital de acordo com todas as dialéticas da vida, como nos enraizamos, dia a dia, num “canto do mundo” [...]

Por que a casa é o nosso canto do mundo. Ela é, como se diz amiúde, o nosso primeiro universo. É um verdadeiro cosmos. Um cosmos em toda a acepção do termo [...].

No dia 01 de outubro de 1975, a família Ximenes Lopes foi morar na cidade de Araras-Ce, conhecida atualmente como cidade de Varjota, Estado do Ceará, distante 41,3 km de Santa Quitéria-Ce e 72 km de Sobral-Ce. “Varjota, a terra de Damião, uma cidade pequena, à beira da estrada, como muitas outras no sertão do Ceará” (BORGES, 2009, p.39). Em Monteiro (2015, p.91), Irene Ximenes explica o que levou a sua família a mudar-se para Varjota:

“[...] A gente mudou pra Varjota, pra cidade mesmo, porque mamãe queria botar a gente para estudar e ela falava muito sobre estudo, inclusive a minha mãe foi uma incentivadora assim muito grande para a gente estudar, eu lembro ela dizia assim ‘olha, nós somos pobres porque papai nunca botou a gente para estudar’. Eu ouvi mais da minha mãe sobre a necessidade de a gente estudar e isso gerou no meu coração grande desejo de estudar, de me formar, de ser alguém, de ter uma profissão, porque eu vi assim que o estudo era a saída pra gente sair daquela vida tão ruim, que a gente vivia de tanta dificuldade. Logo que a gente chegou ela matriculou a gente na escola”.

O motivo da mudança da família do sertão para a cidade estava relacionado a busca de melhores condições de vida e estudo, o que nos faz lembrar um pouco d’ “A estória do Severino e a história de Severina” (2009a, [1987]), de Antonio Ciampa. Nesse caso, Francisco Leopoldino Lopes deixou de ser agricultor e passou a trabalhar com açougue, em Varjota-Ce. A nova casa da família de Ximenes Lopes era localizada no Bairro da Caixa d’ Água, da referida cidade.

Imagem 3
Ipueiras-Ce e Varjota-Ce



Fonte: Imagens livres

Conforme relatos de Irene Ximenes, em Monteiro (2015, p.95), Damião estudou até a 6ª série, os demais irmãos concluíram o ensino fundamental e Irene Ximenes ingressou em 1989, na Universidade Estadual Vale do Acaraú, recebendo o título de Bacharel em Ciências Contábeis, em 1992.

No ano de 1993, Irene casou-se com Airton Miranda, passando a morar em Ipueiras-Ce, onde começaram a trabalhar na área de contabilidade. Apesar da distância entre Varjota e Ipueiras, *Irene* sempre esteve muito presente na vida de Damião. Ela aparece como uma verdadeira “Antígona¹² do Sertão” (PEREIRA, 2001, p.120) na defesa da dimensão humana do referido irmão.

Um menino de negócios humanos

“A rigor, a esfera dos negócios humanos consiste na teia de relações humanas que existe onde quer que os homens vivam juntos. [...]” (ARENDT, 2001d, p. 196). O menino de “negócios humanos” que estamos falando surge em um depoimento de Irene Ximenes que se encontra em Pereira (2001, pp.120-121):

“A infância de Damião não foi diferente da nossa; ele era tão normal quanto nós e as outras crianças com quem brincávamos. Cosme e Damião eram muito apegados, talvez por serem gêmeos, Estavam sempre juntos, faziam tudo juntos. Mamãe até vestia eles iguais. Eram tão parecidos, que até eu às vezes tinha que olhar duas vezes para poder distingui-los. Somente agora estou lembrando de como nós nos referíamos a eles como se fossem uma só pessoa “Cosme e Damião”.

A infância apreça como uma fase em que todos “brincavam de brincadeira”. Cosme e Damião por serem gêmeos tinham entre si um vínculo afetivo e de confidencialidade muito forte. A partir dos relatos de Irene é possível perceber que quando um dos gêmeos sentia alguma coisa era como a sentisse o outro também. Era um desejo de estar perto, tão perto que parecia não haver ali duas encantadoras crianças, mas apenas uma. A mãe os vestia iguais, o que deixava algumas pessoas em dúvida sem saber quem era quem. A igualdade de aparência deles levava até mesmo os familiares a sentirem dificuldade na distinção um do outro. Para resolver as dúvidas geradas pelas similitudes dos meninos tanto os familiares como os amigos passaram a chamar os gêmeos de “Cosme e Damião” (o nome tinha natureza dúplice e ambivalente) como se fossem “uma só pessoa”, ou seja, a

¹² No campo da literatura grega encontramos a célebre tragédia de Antígona de Sócrates. Antígona rompe ordens do rei para fazer sua última homenagem ao seu irmão já morto, bem como dar-lhe um enterro digno. Como diz o Juiz Caçado Trindade, da Corte IDH: “há casos de violação de direitos humanos que evocam tragédias, revelando a perene atualidade destas últimas, como próprias da condição humana”.

unidade do nome (Cosme e Damião) possibilitava referenciar duas pessoas diferentes no mundo da vida. Nesse caso, o prenome de cada um já não era suficiente para singularizá-los no convívio social. Por conta disso, falamos anteriormente em “Cosme e Damião” no momento em que referenciamos pela primeira vez a questão do nascimento de Damião. Parecia que entre um e outro nem havia separação de pessoas e diferenças.

O testemunho de Irene Ximenes, em Monteiro (2015, p.93 grifo nosso) destaca o comportamento de Damião como elemento que aos pouco foi possibilitando diferenciar mais os gêmeos: “[...] ele (Damião) era mais perspicaz, ele era mais danado como dizia a mamãe. Ele caiu mais que os outros, teve mais acidente com ele, quando eram pequeninhos [...]”. Certa vez, “o Damião levou uma queda e ficou uma cicatriz na testa, durou muito tempo, aí a gente reconhecia pela cicatriz”. Tal episódio relatado por *Irene* lembra a obra “Odisseia”, de Homero, principalmente, “[...] da bem preparada e emocionante cena do canto XIX, quando Ulisses regressa à casa e Euricléia, sua antiga ama, o reconhece por uma cicatriz na coxa” (AUERBACH, 2007, p. 1).

Damião e os irmãos brincavam de todas as brincadeiras possíveis e imaginárias, mas sempre na ausência do olhar vigilante e disciplinar do pai (Leopoldino). Com relação à figura paterna presente nos depoimentos de Irene Ximenes, a pesquisadora Monteiro (2015, p. 92) observa que “[...] há uma ausência na sua narrativa. [...] o pai de Damião foi mencionado poucas vezes e de forma pontual”. Somente em Pereira (2001, p. 121), a figura do pai aparece no depoimento de Irene com maior descrição:

“Tínhamos medo terrível de nosso pai. Além de ser um homem rude, era muito grosseiro conosco. Ninguém ousava desobedecer uma ordem dele, nem tínhamos direito de falar, a não algo que nos fosse perguntado. Comigo ele era mais tolerante, aliás, ele nunca escondia que gostava mais de mim, talvez porque eu fosse a única filha mulher (durante nossa infância, Irina não era nascida). Damião e todos nós só tínhamos amizades superficiais, não era permitido receber amiguinhos em casa, nem ter amizade com ninguém. E neste regime crescemos”.

O sistema de criação dos filhos da família Ximenes Lopes lembra muito Carlos Drummond de Andrade, quando diz que:

O Pai se escreve sempre com P grande
em letras de respeito e de temor
se é Pai da gente. E Mãe, com M grande.
O Pai é imenso. A Mãe, pouco menor.
Com ela, sim, me entendo bem melhor:
Mãe é muito mais fácil [...]
(ANDRADE, 1973*apud* CUNHA, 2006, p.20).

É nesta regra familiar rígida de “Pai com P grande” que Damião e os irmãos cresceram e foram educados, tendo amizades apenas superficiais, porque o pai não permitia receber amiguinhos em casa, nem ter amizade com ninguém de fora. Deste modo, a relação de Damião e dos irmãos na infância era mais estreita com a mãe do que com o pai, quando foram ficando adultos passaram a compreender mais o jeito de ser do pai. Monteiro (2015, p.92) observa que “a figura materna está muito presente na narrativa de Irene, sempre descrita [...] em cuidados, preocupação e dedicação aos filhos”.

Do ponto de vista econômico, a família Ximenes Lopes tinha uma vida precária, o depoimento de Irene Ximenes, em Pereira (2001, p.121) revela esta condição:

“Nós éramos muito pobres, chegávamos a passar privações. Papai só conseguia nos dar o sustento, e muito mal, mamãe se desdobrava para nos vestir e nos calçar. Nunca ganhamos brinquedos, passeios ou diversões, nem sonhávamos com isso. Nós mesmos providenciávamos nossos brinquedos. Quando morávamos no sertão, os meninos juntavam ossos de bois, etc [...]”.

Na falta de brinquedos, os meninos de Tocaia usavam o poder de imaginação e aproveitavam os espaços onde viviam para fazer um parque de diversão sem brinquedos. Ao juntarem os ossos dos bois para brincarem sob o sol estrelado do sertão e das sombras das árvores cresciam com muita imaginação e fantasia pelo mundo da brincadeira. Mas no mundo real “a imagem da pobreza transforma os pobres em vítimas [...] (BORGES, 2009, p.26).

Ao saírem do sertão de Tocaia, as crianças começaram a mudar as brincadeiras, quando chegaram à cidade. Conforme o relato de Irene Ximenes, em Pereira (2001, p.121).

“[...] Na cidade eles usavam carteiras vazias, para imitar uma nota, cédula, faziam de conta que era dinheiro. Também juntavam castanha de caju. Essa brincadeira virou uma atividade, e de grande concorrência entre nós. Quando tínhamos muitas castanhas, vendíamos. O dinheiro apurado era para comprar material escolar, ou coisas de necessidades básicas”.

Quem conseguia mais caixinhas demonstrava ser mais esperto e “ter mais dinheiro”. Com isto autorizavam a fantasia de “meninos de negócios” e garantiam, pelos menos, um cotidiano animado que valia muito mais do que dinheiro. Aos pouco, a fantasia de “meninos de negócios” foi virando realidade. Passaram a juntar castanha de caju, a fim de auferir renda. Na ocasião, começou a surgir uma grande concorrência entre Damião e os irmãos. A disputa para apanhar castanha era de interesse de todos, mas Damião destacava-se nesse novo negócio com seu esforço. Quando conseguiam estocar muita castanha vendiam. O dinheiro apurado servia para ajudar a família.

De acordo com outro depoimento de Irene Ximenes, depois do período de colheita de castanhas, “Cosme e Damião decidiram juntar tudo que pudesse ser vendido”. E falavam de negócios incessantemente. Logo, passaram a juntar “fios de instalação elétrica” quando alcançavam uma quantidade razoável queimavam no quintal os fios até sair o plástico. Com o cobre dos fios faziam uma bola que era vendida no quilo. Damião figurava como o “menino de negócios” que “mais gostava de dinheiro”, “não media esforços para ganhar uns trocados”, também era o mais “sovina”. Quando brigavam entre si, ele logo era xingado pelos demais irmãos de “miserável” (PEREIRA, 2001, pp.121-122). Em todo caso, seu ar de negócios contribuía para se formar a sua fama de “sovina” e “miserável”, que não era ofensiva por se tratar de mera implicância entre irmãos. Talvez esta fosse uma forma dos irmãos reconhecerem sua capacidade na “esfera dos negócios humanos”, mas caso Damião também fosse uma pessoa de difícil convivência não perderia sua condição de ser humano no mundo da vida. Pois,

a revelação da identidade através do discurso e o estabelecimento de um novo início através da ação incidem sempre sobre uma teia já existente, e nela imprimem suas consequências imediatas. Juntos, iniciam um novo processo, que mais emerge como a história singular da vida do recém chegado, que afeta de modo singular a história da vida de todos aqueles com que ele entra em contato (ARENDDT, 2001d, p. 196).

Irene Ximenes relata para Monteiro (2015, p.93) que “quando chegava a época dos cajus a gente fazia a maior farra com os cajus e subia tirava”. Ela também conta para Pereira (2001), que no quintal da casa onde moravam tinha um grande pé de cajueiro. Certo dia, a mãe (Albertina) determinou que nenhum dos filhos tirasse caju à tarde, porque poderiam adoecer por conta da fruta ficar exposta ao sol. Todos os filhos obedeceram às recomendações da mãe, mas Damião obedeceu de uma forma diferente. Ele chupou os cajus sem tirá-los da árvore. Quando os irmãos denunciaram à mãe tal travessura a mesma ficou surpresa com a astúcia do filho.

Como já disse o poeta Carlos Drummond de Andrade com a mãe a gente sempre se entende bem melhor, o que não foi diferente neste episódio destacado acima sobre a vida de Damião. Deste modo, Albertina reclamou o feito do filho, mas foi compreensível por reconhecer naquela situação sinais do humanamente inesperado próprio da ação do homem no mundo da vida.

Irene narra outro episódio, em Monteiro (2015, p. 93) relacionado ao menino de “negócios humanos”:

“[...] A gente tinha oiticica, muito pé de oiticica próximo de um riacho e a vovó dizia ‘se vocês forem apanhar oiticica, eu pago vinte e cinco centavos a lata’ e nesse negócio de oiticicas, a gente tomava banho no riacho e apanhava, aquilo na verdade era mais diversão do que um trabalho pra nós. Nessa brincadeira ele foi num mato que tinha maribondo, eu sei que as abelhas atacaram ele, e ele teve febre, não sei, não sei como não teve complicações, ele levou muita ferroada, então assim, lá não tinha médico, a assistência médica era zero, a gente se virava com remédio caseiro, por isso eu digo era igual índio’ ” [...] Depois o Damião subiu num fogão de barro que a gente tinha, não tinha fogão a gás, cozinhava a lenha, e queimou o braço. Ele foi sempre o mais danado, aí eu lembro que a gente nem foi pro hospital, o osso emendou lá só, mamãe foi lá, amarrou, fez as gambiarra dela e ele sarou mesmo por conta dele”.

Arendt (2001d) acredita no fato de que se o homem é capaz de agir isso quer dizer que se pode esperar dele o inesperado (Damião largou a brincadeira e foi para o mato aborrecer um maribondo), tendo em vista que ele é capaz de realizar o infinitamente improvável no mundo da vida. E isto, por sua vez, só é possível porque cada homem é singular, de sorte que, a cada nascimento, vem ao mundo algo singularmente novo. Desse alguém que é singular pode-se dizer, com certeza, que antes dele não havia ninguém. Se ação, como início, corresponde ao fato do nascimento, se a efetivação da condição humana da natalidade, o discurso corresponde ao fato da distinção e é a efetivação da condição humana da pluralidade, isto é, do viver como ser distinto e singular entre iguais no mundo já existente (ARENDR, 2001d).

Um adolescente caçador de colmeias

Imagem 4

Damião, o caçador de colmeias



Fonte: Foto do acervo público do Instituto Damião Ximenes (2009)

Irene conta em Monteiro (2015, p.92) que o “[...] pai [...] gostava muito de fazer caças, acho que os meninos apreenderam isso com ele, eu lembro que eles eram pequenos e iam pro mato e tiravam abelha, tiravam muita abelha, mel de abelha [...]”. Nos relatos sobre Damião encontramos sempre alguma história envolvendo abelhas e mel, pois o ofício passado de pai para filho é uma herança persistente em algumas famílias.

Borges (2009, p.15) lembrou muito bem da “Fábula das abelhas”, de Bernard Mandeville para poder compreender as investidas de Damião no mundo das abelhas. A referida fábula suscita que os vícios privados trazem benefício público. Nesse caso, mesmo que os indivíduos trabalhem visando seus próprios interesses, acabam contribuindo para o bem comum. Analogicamente falando, somos abelhas, pois na colmeia, as abelhas produzem um resultado com o seu trabalho e, ao produzirem o mel, além da própria sobrevivência, garante a sobrevivência do enxame, bem como garantia a sobrevivência dos meninos da família Ximenes Lopes.

A incessante busca de Damião pelo mel das colmeias tem relação direta com a sobrevivência da sua família. Como relata Irene, em Pereira (2001, p.122):

“As dificuldades da infância estenderam-se até a adolescência. E cada um de nós se virava para ganhar a vida. Damião e os outros irmãos iam para o mato caçar colméias. Com a fumaça da palha de carnaúba queimada afugentavam as abelhas e tiravam os favos de mel. Em casa, os favos eram espremidos, o mel coado e posto em vidros para vender. Damião era mais interesseiro que os outros, e às vezes bancava o esperto; quando ele andava com Cosme ou com Cícero, se eles achassem uma colméia, imediatamente, ele voltava sozinho para tirar o mel só pra ele. Um dia eu presenciei um bate-boca deles. Até chamaram Damião de safado por ter roubado uma colméia deles. Damião só ria e dizia que as abelhas não tinham dono, era de quem chegasse primeiro. Damião era mais audacioso que os outros [...]”.

Para Albertina Viana, em Rita Monteiro (2015, p. 17), Damião era

“um menino muito calado sabe, mas ele gostava muito de fazer assim as coisas, trabalhar, ele desde novinho, qualquer coisa que tinha em casa, assim um, de fazer negócio de pedreiro, ele de pegar a colher, amassar aquele barro e tampar aqueles buraquinhos tudinho, ele gostava, ele sempre foi muito cuidadoso com ele mesmo também”.

Nos depoimentos de Albertina e Irene constantemente surge a face do menino de negócios humanos e do adolescente caçador de colmeias. A partir de tais informações é possível conhecer cada vez mais a “[...] história de Damião” (BORGES, 2009, p.25) no mundo da vida, bem como perceber o quanto a infância e a adolescência unia os irmãos Ximenes Lopes numa experiência singular de implicações identitárias.

Albertina declara na pesquisa de Monteiro (2015, p.18) que Damião no dia-a-dia “[...] gostava muito de arrumar, assim, trabalhar assim, ele queria arrumar um dinheirinho para ele, ele saía procurando assim aquelas coisas que vendia, ferro né, ferro assim, coisa que o pessoal compra pra levar para fazer negócio de ferro”.

Irene relata em Pereira (2001, p.122) que “na adolescência, o mais amigo e o companheiro de Damião continuava sendo Cosme. Eles brigavam como todo irmão briga, mas não havia maiores desentendimentos, porque os dois estavam sempre juntos”. Em Moreira (2015, p.94), Irene complementa dizendo

“[...] a gente brigava, eu mesmo briguei muito com Damião, eu lembro, um dia quando a gente mudou [...] pra cidade [...], não lembro porquê mas eu briguei com Damião, nesse dia a gente embolou pelo chão eu e ele e os meninos tiravam. Era assim daqui a pouco a gente tava brincando de novo, ele também brigava com o Cosme, com o gêmeo, agora eles eram muito mais ligados [...]”.

Sob a perspectiva de Ciampa (2009a [1987], 2004b), podemos perceber que a formação da individualidade de Damião passa necessariamente pelo processo de socialização, em que ele interage de forma comunicativa com outros. O relato de Irene Ximenes evidencia que seu irmão não é antes individual para a seguir torna-se social. Na verdade, ele surge dialeticamente nas narrativas da irmã e da mãe, que aponta o desempenho de Damião em seus papéis sociais de filho, irmão, amigo ou mesmo como o menino de negócios humanos, guardião dos ossos de bois e de carteiras de cigarros vazias. Na adolescência como o caçador de colmeias, de fios de cobre, de castanhas e de ferro, bem como aquele que gostava de negócio de pedreiro. Tudo isso foi configurando a identidade pessoal de Damião Ximenes.

Através da articulação de igualdades (uma infância comum aos irmãos Ximenes Lopes) e diferenças percebemos que a identidade pessoal de Damião foi construída, fazendo com que a experiência concreta dele fosse uma unidade de multiplicidade, que se realizava pelo desenvolvimento de determinações pessoais e coletivas (CIAMPA, 2004b).

Em cada momento da existência de Damião como uma totalidade manifesta encontramos uma parte dele como desdobramento das múltiplas determinações a que estava sujeito. Por um lado, “a identidade do sujeito torna-se assim predicável com o reconhecimento dos outros” (ROSENFELD, 2003, p.2003). Por outro lado, *Damião* continha uma infinitude de humanidade (o que o fazia uma totalidade), que se realizava materialmente de forma contingente ao tempo e ao espaço (físicos e sociais, de tal modo que cada instante da sua existência como indivíduo representa um momento de concretização parte da totalidade), em que ele era negado (como totalidade), mas ao mesmo

tempo sendo determinado (como parte); assim, podemos observar que o eu de Damião existia como negação dele próprio, ao mesmo tempo em que o que ele estava sendo constituía também ele - mesmo (menino astuto e de negócios humanos, um adolescente caçador de colmeias e um jovem de *status* humanos especial) (CIAMPA, 2004b).

Tal fato é perceptível no percurso pela história de Damião entre Santa Quitéria-Ce - Tocaia e Varjota-Ce (Araras), cuja construção da sua individualidade aparece num processo anterior de representação que o faz representado no contexto familiar. O que temos é uma contínua e progressiva hominização do menino (Damião) de Santa Quitéria-Ce - Tocaia que se torna adolescente e adulto em Varjota-Ce (CIAMPA, 2004b).

Um jovem que tem a vida transformada radicalmente após um diagnóstico psiquiátrico

O fato de destacar-se como o mais esperto, interesseiro e audacioso, seu gosto precoce pelos negócios na sua imprevisibilidade humana gera nos atuais discursos de seus familiares a impressão de que Damião era diferente dos demais irmãos. Mas tal impressão é positiva por apontar sinais que o tornariam na teia de suas relações um homem de negócios humanos, que visava seu crescimento. Seguindo até mesmo a perspectiva de vida da família Ximenes Lopes, que saiu do sertão para morar na cidade com o objetivo ascender socialmente. Damião é o resultado da sucessão e da coexistência de diversos personagens representado por ele mesmo ao longo da luta por melhores condições de vida. Nesse caso, a sua identidade é produto da sua história, cujas personagens são articuladas com suas vidas e suas mortes numa contínua transformação sempre diferente a todo instante (CIAMPA, 2009a [1987]).

“Ao tecer os fios da memória familiar e inseri-los em uma narrativa sobre Damião, Irene escolhe a ‘a face ideal’ do seu irmão, aquela que deve perpetuar: o irmão era o mais ‘danado’, o mais perspicaz e também o mais inteligente” (MONTEIRO, 2015, p.93). À luz dessa “face ideal” vamos encontrando um sujeito de *status* humanos especial.

Apesar de toda a “face ideal” de Damião presente nos depoimentos de Irene, a persistência da racionalidade psiquiátrica ainda assim aparece no seu discurso, principalmente quando ela declara anteriormente que os irmãos Ximenes Lopes tiveram uma infância comum, sendo Damião “tão normal” quanto as outras crianças de sua época.

Na passagem da adolescência para a fase adulta de Damião encontramos nos relatos o confronto entre “normalidade” e “anormalidade”. Como diz Ciampa (2004b, p.61) às vezes

falamos das pessoas como se elas fossem de uma determinada forma e não se modificassem, o que é falso. Basta observarmos nossos próximos, basta nos observarmos [...]. Podemos imaginar as mais diversas combinações para configurar uma identidade como uma totalidade. [...]. Quando nossa unidade é percebida como ameaçada, quando corremos o risco de não saber quem somos, quando nos sentimos desagregando, temos maus pressentimentos, temos pressentimentos de que vamos enlouquecer, aprendemos a ter horror de sermos o “outro” (quando queremos ofender alguém cantarolamos um refrão bastante conhecido: “Fulano não é mais aquele [...]”) [...]. Num certo sentido, pode-se considerar a chamada “doença mental” como um problema de identidade: o “louco” é nosso “outro”, tanto quanto o “curado” é o “outro” do “louco”. Não afirma o dito popular que “de médico e de louco cada um tem um pouco”?

Nesse sentido, seguindo pelos relatos de Irene e de Albertina descobrimos que quando Damião completa seus 17 anos de idade, um diagnóstico psiquiátrico o transforma radicalmente no Outro (“o louco”). Este, por sua vez, passa a buscar tratamento para virar um Outro (“o paciente”, “o curado”). Para Borges (2009, p. 26) “a imagem da pobreza transforma os pobres em vítimas”. Neste sentido, “Damião era vulnerável e, conseqüentemente seu *status* de louco reforçava o efeito estigmatizante de um processo de criminalização com um fundo ideológico – político e econômico” (*idem*, p.41). “[...] Damião como vítima [...] – excluído do convívio social – para [...] ‘tratamento’ e ‘recuperação’ [...]” (p.27). “[...] Damião – vítima de tortura e não de tratamento psiquiátrico” (*idem*, p.140). Em Pereira (2001, p.115) “Damião, - um grito de socorro e solidão”. Na perspectiva de Giorgio Agamben, Damião possuía uma “vida nua” (2004a) e era um dos “absolutamente matáveis” (2004a) do campo psiquiátrico denominado Casa de Repouso Guararapes.

Com relação ao “quadro psiquiátrico” de Damião Ximenes Lopes, a mãe Albertina Viana declara, em Monteiro (2015, p.17): “meu filho não era louco, ele só não conseguia dormir e nem comer. Muitas noites ele ficava me olhando dormir na rede, eu acordava e ele estava lá”. Em outro depoimento a mãe relata que o filho tinha “problemas de nervo e não queria comer, nem dormir, nem dormir, nem tomar remédio” (DECLARAÇÃO DO PROCESSO INTERNACIONAL. CASO DAMIÃO XIMENES).

Borges (2009, p. 58) observa que “Irene revela aspectos da vida ‘pré-paciente’ de Damião”. Pereira (2001) ressalta que quando indagou pela primeira vez sobre a história da situação de transtorno mental de Damião e a busca de tratamento, o depoimento de Irene é remetido ao contexto de um território sociocultural, de vários fatores que podem ter contribuído para o seu adoecimento. Deste modo, o autor destaca que é significativo o fato de a narradora não negar pressões psicológicas, econômicas e sociais sofridas pelo irmão

em decorrência da própria situação da família. Monteiro (2015, p.17) aponta em sua análise que “[...] a irmã de Damião reconhece que havia uma ‘patologia psíquica’ em seu irmão, mas não aceita o diagnóstico dado pelos médicos da Casa de Repouso. Para ela, Damião sofria de depressão [...]”.

Assim, Irene em Pereira (2001) fala sobre o estado de Damião da seguinte forma: “determinar o que exatamente causou o transtorno mental de Damião é difícil, existem vários fatores que podem ter contribuído para a doença de Damião, ou quem sabe um conjunto de todos eles” (p. 123). Do ponto de vista de Monteiro (2015, p.95), “Irene traz para sua narrativa acontecimentos da vida de Damião que ‘poderiam contribuir’ para elucidação da causa do transtorno psiquiátrico do irmão”.

Nesta perspectiva, o depoimento de Irene em Pereira (2001) indica que o período da gestação de Cosme e Damião foi marcado por tempos difíceis, no qual sua mãe enfrentou problemas de ordem emocional. Deste modo, a gravidez dos gêmeos é vista por Irene como complicada, o que a leva acreditar que talvez este fato vivido durante a gestação possa ter comprometido a saúde mental de Damião, de modo a manifestar-se na sua juventude.

No depoimento supracitado, Irene parece fazer um esforço para encontrar “os antecedentes da doença de Damião” (BORGES, 2009, p.58).

Na pesquisa de Pereira (2001, p. 123-124), Irene relata um episódio de sonambulismo como sintomas de afetação à saúde mental de seu irmão.

“[...] Não sei se poderia qualificá-lo de sonâmbulo, por uma vez ter levantado dormindo e deitado comigo. Costumava falar enquanto dormia. Outra vez levantou dormindo e papai mandou ele abrir a porta que estava próxima dele, como ele não atendeu, meu pai, estúpido como sempre, deu-lhe uma surra mesmo dormindo. No dia seguinte mamãe percebeu que ele não estava bem da cabeça, falava coisa sem sentido”.

Para complementar o episódio destacado acima, Irene em Monteiro (2015, p.95) aponta mais detalhes:

“A gente começou a notar problemas nele com dezessete anos, primeiro a mamãe disse assim ‘Damião não ta bem’, a mamãe que percebeu, ‘ele ta conversando’ ‘ele ta falando sem nexa’, aí eu lembro que a gente tinha um vizinho, assim da idade dele, era o Osvaldo, eu dizia ‘mãe, o que ele está falando?’, ‘olha ele ta dizendo que o Osvaldo tá traindo ele’, assim um coisa que não tinha sentido, depois disso ela levou ele ao médico, mas não foi psiquiatra, passou alguma medicação e a gente tocou a vida da gente, a gente não atentava pra essas necessidades como hoje, tem um problema desse a gente procura um psicólogo, procura psiquiatra, antigamente era muito diferente né”.

Na tentativa de construir as causas do sofrimento mental de Damião surgem outros episódios nos depoimentos. Em Pereira (2001, p.123) Irene conta, por exemplo, que uma pancada na cabeça pode também ter contribuído para o “adoecimento” de seu irmão. Tal fato igualmente é relatado em Monteiro (2015, p.95), onde Irene comenta que

“[...] aconteceu uma coisa muito ruim com Damião, ele no colégio, eu lembro, parece até que eu tô vendo, ele chegando chega vinha branco correndo assim, contando que um menino na escola deu um chute na cabeça dele, que ele tava sentado na cadeira, que a cabeça dele foi ao chão e ele desmaiou e já tava uns vinte minutos desmaiado, o colégio lá tentando reanimar ele e o pessoal. Aí o que aconteceu, ele ficou muito ruim, eu acredito que faltou oxigênio no cérebro o tempo que ele ficou desmaiado, ninguém socorreu, não levou pro pronto socorro. Ele ficou ruim, minha mãe levou ele pro médico, o médico deu dois meses de repouso pra ele, aí ele perdeu o ano, ele fazia a 6ª série, porque ele voltava aí tinha uma crise, não ficava bem, aí ele parou na sexta série, nunca conseguiu terminar o ensino fundamental [...], aí depois ele fez uns exames. Quando mamãe levou pro médico ele disse que tinha uma pintinha de sangue coalhada no cérebro. Se a gente naquela época tivesse condição tinha dado um tratamento a ele”.

A partir dos episódios anteriores vão surgindo nos depoimentos de Irene. “o registro do patológico, a violência e o impacto da dor [...]” (BORGES, 2009, p.20). Em Monteiro (2015, p. 96) Irene chega a revelar o momento em que ela passa a acreditar que existia um quadro patológico afetando o seu irmão. Por conta da já citada pancada na cabeça, a mãe de Damião no dia seguinte “[...] levou ele para Sobral, então também isso, quer dizer, que o problema foi da pancada né, assim, eu acho que ele nem foi algo assim congênito, deve ter sido da pancada né, aí eu fiquei sabendo que o Damião tinha problema [...]” (*idem*, p. 96).

Outro episódio, apontado por Irene no rol das hipóteses de possíveis causas do sofrimento mental de Damião encontramos a separação de Cosme e Damião, que eram muito unidos. Em Monteiro (2015, p. 94) Irene relata que

“[...] essa união quebrou quando Cosme já estava adolescente quase chegando a maioridade que foi para o Rio de Janeiro, aí separaram. Ele foi por falta de condições de vida assim, pelo desemprego, primeiro foi o meu irmão mais velho, a intenção dele era chegar lá, trabalhar e depois que estivesse estabelecido levar um irmão, depois levava outro. Foi o Antônio, ele pensava assim né, pouco tempo depois ele disse assim que o Rio de Janeiro era uma ilusão pro cearense, que lá não era a vida que a gente pensava, mas todos os meninos tinham essa vontade de trabalhar e ganhar dinheiro né, melhorar a vida, quem não tem vontade de melhorar de vida, aí eu lembro que ele foi levar assim, por ordem cronológica né, a idade, aí ele levou primeiro Cosme [...] Eu lembro que o Damião queria muito ir, eu também queria ir, mas aí eu meu irmão não podia levar dois, não tinha condição de receber duas pessoas lá e arranjar emprego pra dois, eu acho que isso mexeu muito com ele assim, eu acho que ele ficou frustrado né, naquela época eu não percebia isso não”.

No depoimento de Irene em Pereira (2001), a separação dos gêmeos também foi mencionada. Segundo a irmã, tudo começou quando Cosme e Damião tinham uns dezessete anos. Damião ficou muito triste por não ter sido o escolhido para trabalhar fora. Cosme não aparentava ter ficado feliz com a oportunidade de trabalhar no Rio de Janeiro, pois o mesmo viajou com uma profunda tristeza no olhar. Alguns meses depois Antônio avisou para os pais que Cosme tinha ficado “neurótico”. Conforme Antônio, a “neurose” do irmão tinha evoluído tanto que teve de interná-lo em um manicômio no Rio de Janeiro. Quando Cosme saiu do estado de crise voltou imediatamente para o Ceará. E a família Ximenes Lopes passou a enfrentar situações delicadas, pois quando Cosme estava bem, Damião estava doente e vice-versa.

Podemos perceber que a separação dos gêmeos foi um dos agravantes da saúde deles. O reencontro de ambos também “[...] transformava-se em outra coisa, como, por exemplo, sofrimento” (BORGES, 2009, p. 28-29), porque o sofrer ou o bem-estar de cada um já não era mais compartilhado pela figura una de Cosme e Damião.

Irene relata para Pereira (2001, p.124): “só quando amadureci é que percebi que meu irmão sofria e precisava de ajuda”. Ao tomar esta consciência Irene começa a apontar a depressão como outro fator de sofrimento para o irmão. Ela relata em Monteiro (2015, p.96) que “[...] tinha muita pena dele assim, quando ele ficava em depressão, que o problema dele era depressão, ele ficava deprimido, aí todo rapaz, eu via aqueles rapazinhos da idade dele tudo saindo, ia pras festas, se arrumava, namorava, aí ele só lá no quarto [...]”.

Em outro depoimento registrado na pesquisa de Pereira (2001, p.124), Irene comenta que “apesar de Damião nunca se abrir com ninguém e esconder seus sentimentos, era evidente que ele sofria de depressão. Um dia, flagrei-o chorando, perguntei o que estava acontecendo, insisti, mas ele não disse uma palavra”. Damião aparentava sentir uma certa dificuldade em encontrar-se no mundo, entendê-lo depois dos percalços já mencionados anteriormente. Ele, mais do que ninguém, percebia essa falta de lugar, esse estar sempre sendo limitado por conta de um sofrimento lhe tomava de assalto na vida.

Na análise dos depoimentos da mãe e da irmã de Damião, Monteiro (2015, p.44) observa que “tanto sua mãe como sua irmã, através de suas falas, apontam comportamentos que ora se enquadram como ‘normais’ e ora como comportamentos ‘patológicos’ (MONTEIRO, 2015, p.44). Tal fato pode ser observado quando Irene em Pereira (2001, p. 124) diz: “qualquer que tenha sido a causa dos problemas de Damião, sei que havia cura, se ele tivesse recebido tratamento adequado. Para quem não o conheci, nem aparentava ter um problema. Era fisicamente saudável, só ficava abatido quando estava em

crise”. Em outro momento, *Irene* narra para Monteiro (2015, p.96 grifo nosso) que “[...] ele (Damião) era depressivo, vivia com depressão, aí se isolava, [...]”.

É importante destacar que a forma como a família Ximenes Lopes referencia o surgimento do transtorno mental de Damião lembra muito o poeta Carlos Drummond de Andrade em um de seus mais conhecidos poemas:

NO MEIO DO CAMINHO

No meio do caminho tinha uma pedra
 tinha uma pedra no meio do caminho
 tinha uma pedra
 no meio do caminho tinha uma pedra.
 Nunca me esquecerei desse acontecimento
 na vida de minhas retinas tão fatigadas.
 Nunca me esquecerei que no meio do caminho
 tinha uma pedra
 tinha uma pedra no meio do caminho
 no meio do caminho tinha uma pedra
 (ANDRADE, 1973 *apud* CUNHA, 2006, p. 20).

Conta uma sobrinha de Carlos Drummond que, certa vez, nas correrias pelos morros itabiranos cheios de pedras e outros minérios, tropeçou ele numa grande pedra, e queria por todo custo guardá-la para si. Talvez esteja aí, a origem do gosto do poeta por coisas estranhas, que ainda criança colecionava louças e pedras, que eram sempre guardadas no quarto de sua “Mãe Preta”, Sá Maria Fernandes, com quem andava de mãos dadas pelas ruas e morros de Itabira, para também conhecer bichos pelo nome. Por conta desse seu gosto estranho de guardar coisas, várias vezes perguntava a Sá Maria se ela achava que ele era doido. Em resposta ela o confortava: não era, e que ele ainda ia ser “gente muito importante” (CUNHA, 2006).

Esta compreensão da diferença de Drummond mostra-nos imprescindível para reavivar nossa confiança sem fim no ser humano como pessoa imprevisível. A partir de tal fato, podemos perceber que a “diferença” de Damião (frisada em diversos depoimentos) muitas vezes era vista por seus pares como uma “pedra meio no caminho”, que o impedia de concretizar sonhos. Já no caso de Drummond, a diferença foi o que o fortaleceu no mundo da vida e no “caminho das pedras”. A irmã de Damião relata em Pereira (2001, p.124) o seguinte: “muitas vezes nós fomos incompreensíveis com Damião, até o criticávamos”. Isso acontecia porque os familiares de Damião não tinham conhecimento sobre as formas de lidar com alguém que experienciava o início de um sofrimento mental, bem como necessitava de uma atenção especial. O Estado ainda não estava tão preocupado em oferecer acompanhamento e formação para os familiares das pessoas com *status*

humano especial. Nesse caso, encontramos o “Damião como vítima” (BORGES, 2009, p.27) do desconhecimento de seus pares e do abandono do Estado.

Nesse momento, já podemos destacar que uma das principais narradoras que vem anunciando quem foi Damião é: Irene. Para Pereira (2001, p.124), a referida “[...] narradora aos poucos, reconhece os impedimentos, as necessidades, aspirações e potencialidades de seu irmão, que de qualquer modo, como todo paciente, também poderia sonhar com uma possibilidade de integração individual e social”.

Tal fato fica evidenciado quando Irene revela para Monteiro (2015, p.93) “[...] que Damião tinha ‘alma artística’ e ‘habilidades inventivas’ e para comprovar sua afirmação mostrou o pincel de barbear ‘que ele mesmo confeccionou e usava sempre’”. Borges (2009) também comenta sobre estes objetos. A referida autora conta que entre as lembranças de Damião encontradas na casa de Irene

[...] a que mais chamou minha atenção, era um aparelho de barbear da seguinte forma: o pincel era uma capinha de pilha pequena e as cerdas eram feitas com saquinhos de plásticos em forma de rede (desses utilizados para verduras). O pote para colocar de colocar espuma era um vidro de xampu cortado ao meio (Op. Cit. p.41).

Irene em Pereira (2001, p.125 grifo nosso) reconhece que “[...] ele (Damião) não recebeu nenhum incentivo, nós não compreendíamos sua alma artística. Suas invenções, experiências, como ele mesmo chamava, eram para nós loucura”. Irene chega a dizer para Borges (2009, p.41) “que seu irmão era um inventor [...], já que desde pequeno construía seus brinquedos e tinha idéias inovadoras para aproveitar os mais diversos materiais”.

Irene ressalta em Pereira (2001, p.125) mais um episódio das criações do irmão: “um dia o vi mostrando para Cosme um caderno com músicas que ele mesmo havia composto. Perguntamos o que ele queria fazer com aquilo, ele disse que queria vender suas músicas. Ele foi criticado. Dissemos que era bobagem tolice”.

O fato mencionado acima também lembra o surgimento do poeta Carlos Drummond de Andrade, que parecia gostar especialmente de Português, História e Geografia. E foi justamente numa aula de Geografia e não de Português que ele nasceu como escritor. Tal episódio é relatado no conto “Um escritor nasce e morre”. Pela primeira vez, ele sentiu uma necessidade incontrolável de escrever. A página escrita não parecia fazer sentido para a turma de colegas, que riam dele. Mas a professora sensível parou tudo e vislumbrou ali os escritos do futuro poeta (CUNHA, 2006). Faltou um pouco da sensibilidade da professora de Drummond aos pares de Damião, para que seus momentos de revelação e criação fossem considerados. Ele tinha vontade de ser achado no mundo

pelas suas criações. Pois, “[...] o homem fala, pensa, aprende e ensina, transforma a natureza; o homem é cultura, é história” (LANE, 2004b, p.12).

Drummond, certa vez, chegou a afirmar que se uns dez ou doze sujeitos mais lúcidos do que ele, mais compreensivos e generosos, que pela simples presença o situava num quadro e o convidava a não afundar no desespero existencial ou na inércia, o cupim que roí a madeira mais delicada do espírito teria o destruído a ponto de ninguém apostar nele nem uma casca de laranja. Ao final, o poeta revela ter escapado, mal ou bem no mundo da vida e das pedras graças aos sujeitos que ele encontrou no meio do caminho e que acreditaram em suas produções (CUNHA, 2006).

Com as criações de Damião a situação não era tão diferente da experiência de Drummond. Quando Damião mostrava seus feitos aos irmãos encontramos sua vontade de ser achado no mundo da vida pelos próprios inventos. As produções musicais dele decorriam unicamente do seu agir humano, que desejava tornar-se o conteúdo da história (ARENDRT, 1988c). Ainda em Pereira (2001, p.125) Irene reforça que Damião “era dotado de criatividade. [...] Tinha senso de humor, até com as coisas gozadas que aconteciam”. Com diz Arendt (2004b, p.38): “neste mundo em que ingressamos, aparecendo de lugar nenhum, do qual desaparecemos em lugar algum, Ser e Aparecer coincidem”.

Na tentativa de marcar as habilidades de Damião, a irmã lembra em Pereira (2001, p.124) que

por duas vezes, tentou retornar aos estudos, mas sempre foi interrompido com o problema de saúde. Ele não chegou a concluir o primeiro grau. Tinha uma excelente memória. Quando mamãe pedia para ele ir ao mercantil fazer compras, ele não a deixava anotar o que era para ser comprado, só pedia para falar o que ela queria que ele trouxesse. Ele trazia tudo, sem esquecer um item. Também tinha raciocínio lógico, e em cálculo matemático era melhor do que eu”.

A perda do ano letivo trouxe sofrimento para Damião que tinha um grande desejo de estudar. De todo modo, ele tentou por duas vezes retomar aos estudos, mas acabou em todas elas sendo interrompidos por conta do agravamento do seu estado de saúde. Todavia, neste mesmo depoimento em que aparece o cancelamento de um dos sonhos de Damião, a irmã também ressalta uma de suas habilidades. Com base em Monteiro (2015, p.93), a referência de Irene ao desenvolvimento matemático de Damião é compreendida como a “[...] ‘face ideal’ do seu irmão, aquela que deve se perpetuar: [...] o mais inteligente”.

De acordo com o depoimento de Irene em Pereira (2001, p.125) Damião, inventava coisas e queria vender, o que demonstrava seu fascínio por dinheiro. Ele não

gostava, ou melhor, não aceitava sua vida simples. Talvez isso possa ser explicado pelas situações que o impediam de levar adiante o antigo ideal do menino de negócios que nasceu no sertão de Tocaia. A irmã enfatiza que ser pobre era um tormento para ele, chegando a comentar para os irmãos que se pudesse mudaria seu nome para Darlon. Apesar de tímido e retraído, os irmãos notavam sutilmente que ele tinha grandes sonhos, assim como o menino Drummond, que ainda ia ser “gente muito importante” e diria nesse momento a Damião:

[...] Mundo mundo vasto mundo,
Se eu me chamasse Raimundo
Seria uma rima, não seria uma solução.
Mundo mundo vasto mundo,
Mais vasto é meu coração. [...].
(ANDRADE, 1973 *apud* CUNHA, 2006, p. 18).

De fato, mudar o nome de Damião para Darlon também seria apenas uma questão de rima e não uma solução para preenchimento das lacunas psicológicas e sociais. Conforme Pereira (2001, p. 124),

são lacunas que humanamente só podem ser preenchidas ou fazem parte da expectativa de alguém que busca tratamento em saúde mental. Essas e outras lacunas jamais podem ser preenchidas em um lugar fechado, com características de prisão e que nega a dimensão psicológica e social do usuário.

Como diz Borges (2009, p.28) a questão dos “[...] ‘anormais’, também era um obstáculo para Damião [...]”. “A dor sofrida por Damião era, como qualquer dor, uma experiência interior [...]” (*Idem*), que jamais poderia ser enfrentada no isolamento para “tratamento” e “recuperação”. Irene revela em Pereira (2001, p.125 grifo nosso) outras lacunas da vida e gostos do seu irmão:

“No campo afetivo Damião não teve namoradas, era exigente, não serviam para ele moças feias, namoradeiras, mal-faladas. Ele dizia que as que se encaixavam nas suas pretensões não se interessavam por ele [...]. Era meigo, compreensivo, de caráter introvertido (Irene guarda com muito amor uma blusa que ele a presenteou em um de seus aniversários). Seu olhar pensativo, nunca soubemos o que significava. Nunca atribuiu sentimento a pessoa ou a objeto algum, tipo: gostar, amar, detestar, odiar, criticar, elogiar, etc. Gostava de televisão, principalmente filmes de comédia. Gostava de música em geral, especialmente as de Roberto Carlos, José Augusto e outros cantores do gênero. Também apreciava conforto (gostava de jogar baralho, pescar e tomar banho de açude).

Borges (2009, p.58) observa que Irene tenta “esclarecer os antecedentes da doença de Damião”. Para tanto, ela revela aspectos de um “quadro” preliminar de sintomas “psicopatológico” e “aspectos da vida de pré-paciente”, paciente e vítima. Nesse caso, Irene em Pereira (2001, pp.125-126) começa dizendo que Damião

“teve uma vida normal até aos 17 anos de idade. Depois das porradas que meu pai deu nele dormindo, e da pancada na cabeça que ele sofreu no colégio, notamos que algo de errado acontecia com Damião. Vez por outra ele falava coisa sem nexos. Algum tempo depois ele foi ficando depressivo. Durante treze anos, Damião vivia meses de crise e meses de vida normal, sendo que no início as crises eram menos frequentes e de curto período. Com o passar do tempo, a situação foi se invertendo, as crises eram mais prolongadas e frequentes. Quando ele estava doente, o comportamento era o seguinte: ficava isolado, não conversava, quando se falava, ele não ouvia, era como se só tivesse o corpo presente e alma estivesse muito distante. Para perceber que estávamos falando com ele, era preciso chamá-lo várias vezes, em voz alta, ou tocar nele. Quando ele respondia, às vezes como alguém que estava distraído e às vezes como se tivesse ouvindo o tempo todo e não respondia porque não queria. Um sintoma característico dele era olhar para determinado ponto e ficar rindo. Ria, ria tanto que seu corpo tremia”.

A partir deste e de outros depoimentos, foi elaborado o Parecer técnico¹³ de Lúcia Costa, médica psiquiátrica, que desde 1999, acompanhou o a história de Damião, principalmente, no que diz respeito ao seu quadro psicopatológico. Nesse caso, Damião durante a infância não teve nenhum sinal de alterações de comportamento. Somente na passagem da adolescência para a vida adulta, começou a apresentar os primeiros sinais de alteração em seu comportamento, depois de possível traumatismo crânioencefálico causado por uma pancada na cabeça e de um castigo físico imposto por seu pai (violência paterna). Em seguida começou com um transtorno mental de origem orgânica, proveniente de alterações no funcionamento do cérebro. Os sintomas provocam sonambulismo e episódios em que parecia estar fora de si ou desorientado. Depois teve períodos depressivos, em que chorava, ficava tímido e não conversava sobre seus próprios sentimentos, sem relacionamentos afetivos, apesar de exibir rigor na descrição de critérios e qualidades de mulheres por quem se interessaria, por exemplo. Além disso, Lúcia observa que Damião ainda mantinha-se com sonhos de adquirir maior poder aquisitivo, era afeito às artes, à música e era criativo.

Com o tempo, o quadro de saúde de Damião foi piorando, sendo acompanhado por crises ocasionais: parecia mais retraído, o olhar demorado para tudo, e certo “ensimesmamento”, se isolava do que ocorria ao seu meio, sorria sem motivo aparente, e em algumas ocasiões tinha discursos desconexos. Nesse momento, os familiares diziam que “Damião parecia não ser mais o mesmo”. Sua mãe decidiu levá-lo a um psiquiatra que reconheceu nele os sintomas de uma situação geral diagnosticada pela psiquiatria como “quadro psicótico”, que causa habitualmente sofrimento e isolamento da pessoa doente de

¹³ Parecer presente no Processo Internacional.

seus padrões normais de comportamento¹⁴. Assim, a saúde mental de Damião foi sendo agravada, de tal forma, que ele teve de ser internado pela primeira vez como paciente psiquiátrico, em 1995, na Casa de Repouso Guararapes. Este internamento teve duração de dois meses. Ao retornar para casa Damião afirma ter visto muita violência, mas deu pouco detalhamento disso e não descreveu as emoções sentidas durante o período de internação. Lídia também destaca que ele voltou melhorado, com uso de medicamentos provavelmente psicoativos, conhecidos como “controlado” (síntese de informações presentes no Processo Internacional).

Por conta do primeiro diagnóstico psiquiátrico (“quadro psicótico”), o jovem Damião passou por três internações psiquiátricas na Casa de Repouso Guararapes: a primeira em 1995 (por dois meses); a segunda em 1998 (por uma semana); e a terceira em 1999 (por quatro dias). Na terceira internação algo de muito estranho aconteceu, ao invés de receber uma nova receita com medicações prescritas Damião Ximenes Lopes recebe uma declaração de atestado de óbito. Mais estranho ainda nessa internação e, conseqüente morte foi a declaração médica atestando tratar-se de uma morte causada por parada cardiorrespiratória, cujo cadáver não apresentava lesões externa. Todavia, após um exame de necropsia do corpo (realizado por conta de pressões de familiares) foi concluído que se tratava de uma morte real e de causa indeterminada, cujo cadáver apresentava lesões externas provocadas por ação de instrumentos contundentes.

Esta terceira internação aconteceu no dia 01 de outubro de 1999, quando Damião Ximenes Lopes foi internado vivo e consciente da necessidade do internamento, aos 30 anos de idade, em perfeito estado físico e sem nenhuma lesão externa. O hospital Casa de Repouso Guararapes que era uma instituição privada o recebera como paciente do Sistema Único de Saúde, pois esta instituição mantinha convênio com o Estado. No dia 4 de outubro de 1999, o referido paciente fora desinternado morto com marcas de lesões causadas por golpes com instrumentos ou com punhos e golpes na cabeça; lesões traumáticas, que poderiam ser definidas como socos, pedrada ou pontapés; corpo com equimoses, escoriações e hematomas, as quais eram lesões sugestivas de traumatismo no corpo, e que foram posteriormente, esclarecidas como causadas por objetos contundentes (síntese de informações elaboradas a partir do Processo Internacional).

A referida internação e as causas morte acima mencionadas de modo algum, primaram pela vida em detrimento da morte como determina a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB), mas exprimiram o seu contrário: a sujeição da vida a

¹⁴Nesse caso, não descreveremos a história clínica de Damião, porque esta será apresentada posteriormente nessa pesquisa.

um poder de morte, a sua irreparável exposição numa relação de abandono humano integral. Embora a CRFB seja tida como um marco de reconhecimento da saúde na história do País, consolidando-se instrumento fundamental ao processo de consolidação da democratização da saúde como um direito humano há nas situações destacadas acima o indício de que essa gestão da saúde foi manifesta pelo avesso, porque estava fundamentada num persistente “estado de exceção”.

Assim, podemos dizer que existiu uma simbiose entre o resultado inverso de uma internação psiquiátrica que encontrou sustentação em um laudo de causa morte quase inverso. Na prática esta simbiose serve para impedir que justiça penal reconheça como criminosos autores da violenta que deixou marcas no corpo de Damião Ximenes Lopes.

Cada vez que (re) lemos os negros escritos da certidão destacada abaixo, lembramos da “banalidade do mal” da Casa de Repouso Guararapes que violou o *status* humano de Damião Ximenes Lopes.

Imagem 5

Certidão de óbito de Damião Ximenes Lopes

Registro Civil
República Federativa do Brasil

Estado do Ceará
Comarca de Varjota - vincada à de Fortaleza
Município de Varjota
Distrito de Varjota

Livro Nº C-63 - Fl. 45 - Termo Nº 1.258

CERTIDÃO DE ÓBITO

Nome do Falecido: DAMIÃO XIMENES LOPES
Sexo: Masculino - Cor: parda - Idade: 30 anos - Estado Civil: solteiro
Profissão: Aposentado - Natural de: Santa Quitéria - Ceará
Nome do Pai: Francisco Leopoldino Lopes
Nome da Mãe: Albertina Ximenes Lopes
Domicílio: Em Varjota - Ceará
Local do Óbito: No hospital Guararapes da cidade de Sobral - Ceará
Data do Óbito: *Quatro (04) de outubro de mil novecentos e noventa e nove (1999)*
Hora do Óbito: 11:30
Sepultado: No cemitério da cidade de Varjota - Ceará
Causa da Morte: indeterminada
Nome do Declarante em Cartório: Albertina Ximenes Lopes
Assinava e firma: A mesma
Primeira Testemunha: Francisca Rodrigues Cunha
Segunda Testemunha: Ana Célia Ribeiro Lopes
Dia... do Registro do Óbito: 01/11/1999
OBSERVAÇÕES: *Atestação de óbito assinada pelo Dr. José Albertino Soares.*
O referido é verdade que me reporto em meu poder e Cartório e dou fé.

Varjota, 01 de novembro 1999

Albertina Ximenes Lopes
Oficial do Registro Civil

Fonte: Processo Civil

De acordo com o Código Civil brasileiro, a existência do ser humano termina com a morte. Na foto de lembrança de falecimento de *Damião* encontramos o seguinte texto:

Dias eternos gozarás ao lado do Senhor da Luz,
Anjos são os que irão para a morada do Senhor,
Momento algum te faltará a felicidade, pois és hoje:
Imortal, intocável e livre deste mundo.
A glória de Deus te espera.
Ontem, hoje e sempre te amaremos. [...]
De seus pais, irmãos, avós, cunhados, sobrinhos e amigos.
*Damião Ximenes Lopes. *26/06/69 + 04/10/99.*
(ACERVO PÚBLICO DO INSTITUTO DAMIÃO XIMENES, 2009).

Além do texto destacado acima, encontramos um rascunho que parecia mais um bilhete pessoal de Irene perdido entre o montante de documentos disponibilizados por ela para nossa pesquisa. Era um rascunho escrito ainda na época da morte de Damião Ximenes Lopes. O que mais chamou nossa atenção no pedaço de papel foram as seguintes palavras: “Damião [...] recordamos teu jeito manso de falar. Naquele dia em que tu contavas como no mundo existia maldade. Tu dizias que era maldade abater um animal para se alimentar. E tua morte fora pior que de um animal. Os chefes do teu matadouro [...] estão impunes [...]”.

Agamben (2008d, p.102-103) trata sobre “[...] os efeitos do luto em seu conjunto [...]]. Em toda parte, assistimos a uma inversão temporária do humano no não-humano, do cultural no natural [...]”.

Monteiro (2015, p.18), analisando os depoimentos de Irene Ximenes sobre os caminhos percorridos para efetivação de direitos no caso concreto revela que:

o afeto da irmã se expressa na luta contínua por “justiça”, o que, segundo seu entendimento, consolida-se-ia com a punição dos responsáveis pela morte do seu irmão, já que a condenação obtida na Corte Interamericana de Direitos Humanos é restrita ao Estado brasileiro, não atingindo os donos do hospital e funcionários (médicos, enfermeiros e fiscais de pátio) diretamente envolvidos nos maus tratos a Damião [...].

Numa perspectiva arendtiniana, podemos dizer que o óbito de Damião Ximenes Lopes foi resultado da suspensão dos direitos humanos que coincide com o instante em que a pessoa se torna um ser humano em geral – sem uma profissão, sem uma cidadania, sem uma opinião, sem uma ação pela qual se identifique e se especifique – e diferente em geral, representando nada além da sua individualidade absoluta e singular, que, privada da expressão e da ação sobre um mundo comum danificado pela “banalidade do mal”, perde todo o seu significado humano. Foi isso que aconteceu com Damião Ximenes Lopes no “campo” manicomial da Casa de Repouso Guararapes.

É importante destacar que quando nos referimos ao conceito de “campo” estamos seguindo a perspectiva como esse termo foi analisado e empregado por Agamben (2008d), que se constitui como local onde a norma é suspensa e a exceção torna-se a regra, nele o homem é privado de seus direitos e todos os assassinatos podem ser cometidos sem que aqueles que o fazem possam ser considerados criminosos perante a lei. O campo é o espaço que se abre até mesmo contra a condição humana quando o “estado de exceção” torna-se a regra. Nesse caso, o campo passa a ser um novo regulador da vida no ordenamento jurídico: a impossibilidade do sistema funcionar sem transformar-se em uma

máquina letal condenável por todos, porque trata-se de uma exceção. Assim, o campo possui uma natureza dúplice e ambivalente pela possibilidade de se aplicar uma lei no seu contrário em algumas situações ressaltadas pelo ordenamento jurídico. Nesta perspectiva, o “estado de exceção” no estado moderno pode ser visto como “[...] o lugar em que a oposição entre a norma e a sua realização atinge a máxima intensidade. Tem-se aí um campo de tensões jurídicas em que o mínimo de vigência formal coincide com o máximo de aplicação real e vice-versa” (2008d, p.58).

A estrutura originária do campo é relacionada por Agamben (2004a) com a realidade de hoje, ou seja, o campo como paradigma biopolítico do mundo moderno. Para ele existe uma “vida nua” que se expressa em um subconjunto dos excluídos: uma minoria que mediante lenta e prolongada perda da dignidade humana chega ao limite de ter uma “vida absolutamente matável” e exposta à morte, estabelecida por uma relação de “exclusão inclusiva”, o que significa um “profundo abandono” revelador do mais perverso vínculo social. Tal vínculo une vida e lei, violência e norma aplicada à exceção desapplicando-se. Existe um nexos entre o domínio sobre os matáveis e a particular condição de vida que é o campo. Os campos nascem, portanto, não do direito originário, mas do “estado de exceção” e da lei aplicada no seu contrário.

Deste modo, Agamben (2004a) ressalta que deveremos aprender a localizar o campo em suas mais distintas metamorfoses: em certas periferias das grandes cidades, esquecidas pelo poder público; nas zonas de detenção de aeroportos internacionais, onde são detidos estrangeiros à espera de jurisdição; nos presídios superlotados que, embora decorram do direito carcerário é em si o seu contrário: ou em certas instituições psiquiátricas, que confinam pessoas para tratá-las por força de uma internação compulsória de custódia ou voluntária, mas que violam os direitos dos pacientes, quando não fiscalizadas. Estes são exemplos de lugares onde a ordem jurídica é muitas vezes temporal ou permanentemente, suspensa, e os que ali se encontram submetidos passam a depender (para viver ou morrer) unicamente do senso ético daqueles que os subjugam. Humanamente falando, apresentaremos na presente pesquisa alguns testemunhos sobre a violência institucional instalada dentro da Casa Repouso Guararapes que mostram a inversão temporária do humano no não-humano, o que nos possibilitará localizar o campo referenciado pelo autor supracitado. Por último, Agamben insiste em dizer que é a partir destes terrenos incertos (campo em suas mais distintas metamorfoses) e sem nome, destas ásperas zonas de indiferença, que deverão ser pensadas as vias e modos de uma nova política.

Sobre a pesquisa e a metodologia

“Mas alguma coisa aconteceu. Não só a Damião Ximenes Lopes na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, Estado do Ceará. Ao país inteiro. Foi isso que nós sentimos quando vimos a mancha de sangue no chão e os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira rumo ao alto. Porra! Alguma coisa tinha havido, e deixado uma marca. E esquecer isso seria uma traição ao status humano”¹⁵.

A presente pesquisa consiste em investigar os impactos no campo da Saúde Mental e seus efeitos nos rumos da Reforma Psiquiátrica brasileira, após a morte de Damião Ximenes Lopes no campo manicomial da Casa de Repouso Guararapes e, conseqüente condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos, em 2006. Para tanto, analisaremos os fatos empíricos relacionados a estas questões, que foram registrados em documentos oficiais.

Desta forma, a pesquisa insere-se nos estudos de natureza qualitativa da Psicologia¹⁶, com apoio da Filosofia¹⁷, do Direito Internacional dos Direitos Humanos¹⁸ e do Direito Constitucional¹⁹, privilegiando a pesquisa documental²⁰ (documentos públicos e privados), mas sem dispensar pesquisa bibliográfica que seja relevante para compreensão e discussões sobre os fatos objeto desse estudo.

Apesar de existir o Processo Penal brasileiro nº0012736-95.2000.8.06.0167/1, de (acervo digital/1.789 páginas) e o Processo Civil brasileiro nº14219-63.2000.8.06.0167-0/3 (acervo documental e digital com aproximadamente 2.000 páginas, quando consultado em 2013), a presente pesquisa tomará para análise apenas algumas informações de documentos presentes no Processo Internacional nº12.237 (acervo documental e digital com mais de 4.000 páginas), tomando para análise mais detalha o documento da Sentença que possui 85 páginas (documentos públicos). Consideraremos informações de Relatórios oficiais da Comissão e da Corte Interamericana de Direitos Humanos, bem como do Brasil e de jornais (documentos públicos). Utilizaremos também documentação de caráter privado

¹⁵Texto que adaptamos de VERÍSSIMO, Luis. A mancha. **Vozes do Golpe**. São Paulo: Ed Companhia das Letras, 2004, p.48.

¹⁶Utilização de conceitos dos autores da Psicologia Social Crítica que são necessários à compressão e análise dos documentos. Ver SAWAIA (2002), (2004); LANE & SAWAIA (Org.) (1995), (2004); LIMA (2010) entre outros.

¹⁷Ver ARENDT (1999a, 2004b), HABERMAS (1997, 2010[1029]), BUTLER (2006) e AGAMBEN (2004, 2008cd).

¹⁸Alguns conceitos da doutrina jurídica serão aplicados ao estudo. Ver PIOVESAN (2006a); BORGES (2009); TRINDADE (1998), (2006); DWORKIN (2002) entre outros autores.

¹⁹Ver ROSENFELD (2003).

²⁰Fonte documental alargada que compreende os documentos físicos e virtuais sobre o evento vida e morte de Damião Ximenes Lopes.

pertencentes a acervos de pessoas, famílias, militantes políticos, Instituto Damião Ximenes, etc.

O Processo Internacional em estudo é público, o que nos permite revelar as informações que acreditamos ser relevantes ao interesse social dessa pesquisa. Este direito à publicidade está previsto como garantia nos Artigos 8º e 5º da Convenção Americana sobre Direitos Humanos. De tal modo, que os atos processuais são, em regra, públicos, ou seja, qualquer sujeito pode assistir às audiências e ter acesso às informações relativas aos processos, até como forma de verificação se a lei está sendo corretamente aplicada. Mas, não se trata de uma garantia irrestrita, uma vez que a própria Convenção traz a ressalva expressa em “para preservar os interesses da justiça” é possível restringir essa liberdade. No Artigo 5º da Constituição Federativa do Brasil de 1988 é expresso que “a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando for em defesa da intimidade ou o interesse o exigem”.

De tal modo, a análise dos documentos levará em consideração que “toda teoria é sempre uma síntese inacabada, está constantemente superando-se, sensível à história e ao diálogo com outras teorias para evitar o reducionismo e o pensamento único” (SAWAIA, 2002b, p.364), o que possibilitará a utilização de abordagens interdisciplinares favoráveis à compreensão do objeto em estudo. Do campo do Direito, a pesquisa utilizará como método o estudo de caso (*case studies*). Trata-se de uma técnica de pesquisa qualitativa, que propicia uma análise mais detalhada de uma unidade social (caso complexo), a fim de apreender a totalidade dos processos que envolvem um caso singular. Em um estudo de caso, análises e reflexões estão sempre presentes durante os vários estágios da pesquisa, particularmente quando do levantamento das informações, dados e evidências, em situações em que resultados parciais sugerem alterações, correções de rumo. A sistematização e organização de rascunhos, notas de observações, transcrições, registros de comentários, diários, opiniões etc (MARTINS, 2008).

O método de estudo de caso envolve o uso técnica de pesquisa que permite o aprofundamento da investigação científica de um caso concreto, sob diferentes aspectos: histórico, social, político, econômico, entre outros. Além disso, o estudo de caso possibilita desenvolver declarações teóricas mais gerais do que numa pesquisa exclusivamente bibliográfica (BECKER, 1994).

Assim, o estudo de caso sobre Damião Ximenes Lopes procura atender as seguintes características qualitativas: (i) mostrar ser importante, isto é, proporcionar descobertas, surpreender e ter clareza; (ii) ser amparado por uma plataforma teórica e

conter um planejamento detalhado, tanto no processo de coleta de informações quanto na forma de interpretação das mesmas; e (iii) desenvolver e relatar de maneira atraente, e aqui se destaca a concisão combinadas como rigor de uma plataforma teórica sólida (YIN, 2001).

Ao analisar os documentos selecionados procuraremos ficar atentos ao ponto de vista sobre a realidade, à época. A elaboração de cada documento do Processo Internacional além de ser intrinsecamente seletivo e parcial, envolve as relações de forças que o condicionaram, cujos registros apresentam em si os reflexos da sociedade brasileira em um dado contexto histórico de “modernização da saúde mental”. Para “escovar a história a contrapelo” da saúde mental brasileira tentaremos aprender a ler às avessas os documentos do processo do caso em estudo, contra as intenções de quem os produziu. Só desta maneira será possível levar em conta tanto as relações de força quanto aquilo que é irreduzível a elas (BENJAMIN, 1994a).

Neste caso, em vez de ler entre as linhas dos documentos do Processo Internacional, procuraremos ler os espaços em branco (GINZBURG, 2006a), para que a voz dos silenciados e dos submersos possa ser ouvida e saia das páginas do Processo o registro oficial dos “avanços” da Reforma Psiquiátrica Brasileira. De tal modo, que se possa reconhecer tais “avanços” como resultado, em grande parte, da micro-história da saúde mental de Sobral-CE, marcada pela morte de Damião Ximenes Lopes, em 1999, que impactou no desenvolvimento da saúde mental nacional.

Assim, o percurso metodológico que elegemos para alcançar os objetivos firmados na presente pesquisa conta com a seleção de fontes encontradas em acervos documentais e digital, privilegiando os autores já citados anteriormente, no que tange as implicações das suas discussões, tanto para compreender o “estado da exceção” estabelecido num contexto da “era dos direitos”, de consolidação da Reforma Psiquiátrica, quanto para as análises da Sentença da Corte IDH.

Graças a uma farta documentação de instituições públicas e privadas, teremos condições de conhecer fatos até então inexplorados sobre a morte de Damião Ximenes Lopes e sua relação com os rumos da saúde mental brasileira. Como diz Pinsky (2011, p. 52) “a consulta aos acervos documentais é sempre uma ideia bastante atraente aos que se iniciam na aventura da pesquisa”. Todavia, o referido autor também ressalta, que a paciência deve ser a arma básica do pesquisador diante dos documentos: paciência para descobrir os documentos que deseja, e paciência para pensar semanas, quando não meses

ou anos, trabalhando na tarefa de cuidadosa leitura e transcrição das informações encontradas.

Assim, em nossa pesquisa, não foi fácil lidar com velhos papéis amarelados, esburacados, cheirando a morfo e frágeis. No procedimento de seleção dos assuntos que nos interessavam também sentimos grande dificuldade, por conta da diversidade de documentos misturados. Mais complexo ainda foi colocá-lo numa ordem cronológica desejada. Apesar de tudo isso, sentimos um grande prazer nesse processo, porque fomos testemunhas do nascimento das informações, fazendo transcender todas estas dificuldades.

Por diversas vezes, na condição de pesquisadores ficamos encantados com os documentos, mas também sofremos muito ao ler os testemunhos de pessoas que viveram ou presenciaram o terror do campo manicomial da Casa de Repouso Guararapes, a perceber seus pontos de vistas, suas lutas cotidianas na busca de saúde mental e por uma Justiça manifesta. Com o passar dos dias, ganhamos mais familiaridade, ou mesmo certa intimidade, com os escritos ou personagens que se repetem entre papéis, mas que se apresentam sempre diferentes. Nesse processo, sentimos o peso das restrições da sociedade ou o peso da miséria, ou a má sorte de pessoas por diversos fatores, mas mesmo assim continuávamos tomados por um louco desejo de ler mais documentos para acompanhar as histórias, os seus desenrolar. Os personagens pareciam ganhar corpo, e era com tristeza que, muitas vezes, percebíamos que era preciso fechar os documentos e partir para outras responsabilidades da vida, sem continuar a leitura até o dia seguinte. Essa é vida do pesquisador de documentos: dura, cansativa, longa, mas gratificante acima de tudo (PINSKY, 2011).

Nessa caminhada, apresentaremos, no primeiro capítulo, o marco teórico da Psicologia Social Crítica que se preocupa com questões contemporâneas (como interações psiquiátricas inadequadas) que possam comprometer o homem como produto e produtor da sua vida e da sociedade a qual pertence. Para tanto, passaremos a apresentar de forma cronológica o processo de surgimento dos direitos humanos após a Segunda Guerra Mundial no sistema global (Organização das Nações Unidas/ONU) e no sistema regional (Organização dos Estados Americanos/OEA), dando destaque para o direito humano à saúde mental e sua proteção no Sistema Interamericano de Direitos Humanos (composto por uma Comissão e uma Corte de direitos humanos), vinculado a OEA. Em seguida, trataremos das incorporações dos instrumentos e mecanismos de proteção internacional dos direitos humanos pelo Brasil. Nesse fio-condutor falaremos do direito humano à saúde mental no Brasil, tomando por base a Constituição de 1988 e o surgimento da Reforma

Psiquiátrica. Citaremos ainda os “avanços” detalhados da saúde mental do Brasil após a já mencionada morte de Damião Ximenes Lopes, tomando como base informações oficiais do período de 1999 a 2006, que foram prestadas pelo Estado brasileiro aos órgãos internacionais do Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Nesse momento, começaremos a questionar se esses “avanços” da Reforma Psiquiátrica Brasileira não teriam haver diretamente com uma possível condenação internacional em curso. Mostraremos que de fato o Brasil veio a ser condenado em 2006 pela Corte Interamericana de Direitos Humanos.

No segundo capítulo, procuraremos apresentar a história do desenvolvimento da saúde mental do Estado do Ceará a partir da literatura existente sobre a matéria, a fim de fazer uma descrição da mesma e conhecê-la mais detalhadamente. A partir daí, chegaremos à história da saúde mental de Sobral, Estado do Ceará. Assim, mostraremos que o modelo manicomial predominou em Sobral até a violenta morte de Damião Ximenes Lopes, no campo manicomial da Casa de Repouso Guararapes. Apontaremos os indícios de repercussão nacional e internacional dessa morte, bem como as causas e efeitos dessa repercussão que passou a impulsionar de forma decisiva o descredenciamento da referida instituição pelo Sistema Único de Saúde e seu fechamento pelas condições desumanas e degradantes de atividade prestada a população. Faremos um apanhado dos “avanços” da saúde mental de Sobral entre os anos 1999 a 2006. E começaremos a questionar se esses “avanços” da Reforma Psiquiátrica em Sobral não tinham haver também com o momento das investigações internacionais e consequente condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos.

O terceiro capítulo busca elucidar a Sentença²¹ prolatada pela Corte Interamericana de Direitos Humanos contra o Brasil, em 4 de julho de 2006. Por conta da morte de Damião Ximenes Lopes, o Brasil foi condenado pela referida Corte por violação dos direitos humanos. Entre as questões condenadas encontraremos a precária assistência à saúde mental que era dispensada a população brasileira. Deste modo, apresentaremos e discutiremos os seguintes pontos: a Sentença internacional da Corte IDH; os Direitos Humanos das pessoas com transtornos mentais; um Parecer técnico sobre saúde mental da OPAS; a Casa de Repouso Guararapes; situação de violência contra o *status* humano e a “vida nua”; a história clínica de Damião Ximenes Lopes; a terceira internação de Damião Ximenes Lopes; a “vida absolutamente matável” de Damião Ximenes Lopes e as causas de

²¹Como a presente pesquisa foca os aspectos da saúde mental do caso em estudo, tomaremos do Processo Internacional, em particular, da Sentença somente as questões que possam ter alguma relação com a saúde mental. Por conta deste recorte, achamos conveniente utilizar dentro desta pesquisa as seguintes expressões: “condenação da saúde mental brasileira” e “sentença da saúde mental brasileira”.

sua morte; a família Ximenes Lopes e a população brasileira como vítimas; a saúde mental brasileira como marco histórico Pós 4 de outubro de 1999 e a supervisão da saúde mental brasileira em nossos tempos.

Nas considerações finais, visaremos trazer à baila nossas reflexões com relação a tudo o que apresentaremos em cada capítulo e expor, por consequência, nossas conclusões acerca dos contrários que legitimaram a morte de Damião Ximenes Lopes e impulsionam a “contrapelo” os “avanços” da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2 DO MARCO TEÓRICO DA PSICOLOGIA SOCIAL AO DIREITO HUMANO À SAÚDE MENTAL E À REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: CAMINHOS DE UMA PESQUISA

2.1 Pressupostos teóricos e epistemológicos da Psicologia Social

Nos últimos dez anos, distintos pesquisadores da vertente da Psicologia Social Crítica brasileira vêm desenvolvendo pesquisas, orientadas pela interpretação e operação do projeto político e epistemológico de uma Psicologia Social Crítica proposta por Sílvia Lane (1995a). Com base nessa perspectiva, tentaremos ao longo dessa pesquisa “escovar a história a contrapelo” da saúde mental brasileira (BENJAMIN, 1987b, p.225), bem como apresentá-la a partir de um recorte da micro-história da saúde mental de Sobral, Estado do Ceará, para que a compreensão do nosso objeto de estudo possa lançar novos olhares sobre a perspectiva reformista da saúde mental brasileira dos últimos anos.

A partir deste ponto de vista, levamos em consideração algumas das possibilidades necessárias para se pensar o “homem em movimento”²², sem reduzi-lo a categorias sociais ortodoxas. Sob esta óptica, assinala Lane (1995a, p.55) que “é de fundamental importância precisarmos as bases epistemológicas que norteiam os nossos estudos: partimos de uma postura materialista-histórica e dialética, o que implica uma concepção do ser humano como produto e produtor da história [...]”.

Essa percepção metodológica destacada acima marca aqui o nosso objeto de estudo, visto que sua interpretação do materialismo histórico articula de forma construtiva as ações políticas do homem com o processo histórico de produção do conhecimento em Psicologia Social. Sua atualidade reside no fato de que seu pensamento permite um alargamento do escopo da práxis humana, fazendo com que aquilo que outrora se apresentava como uma dimensão abstrata do marxismo passe a ser compreendido a partir do diálogo entre teorias e pesquisa empírica para evidência da ação humana, sob um ponto de vista dialético, histórico e articulado. Da relação entre esses elementos surge a possibilidade de transformação de situações estabelecidas pelo dito e pelo “não-dito” sobre o nosso objeto de estudo.

Predomina assim, a preocupação de produzir ciência, no terreno das bases epistemológicas de uma Psicologia Social materialista-histórica, que soube ampliar e assinalar seus rumos, bem como abrir caminhos para se pesquisar as inovações da

²²Em Lane (1995), a expressão refere-se ao homem enquanto agente constituído e constituidor da própria história e da sociedade, a qual pertence. Aluísio Lima (2010b) complementa essa perspectiva laneana ao reforçar que esse agente é um sujeito titular de direitos na sociedade contemporânea.

sociedade contemporânea. Por conta disso, os questionamentos suscitados nessa dissertação (a partir da análise de um caso concreto de violação ao direito humano à saúde mental no Brasil) não emergem de uma ilha, mas sim de um mar de possibilidades, associado aos mais diversos saberes de partida. Manifestamente, quando um campo epistemológico é articulado com outros surge a dinâmica histórica que os liga: “toda teoria é sempre uma síntese inacabada, está constantemente superando-se, sensível à história e ao diálogo com outras teorias para evitar o reducionismo e o pensamento único” (SAWAIA, 2002b, p.364).

Para que possamos ter uma ideia dos impactos do presente objeto de estudo, torna-se fundamental ressaltar seu alcance nacional e internacional, sem dúvida, sua especial contribuição para se pensar alguns dos “avanços” e rumos da Reforma Psiquiátrica no Brasil; as violações dos Direitos Humanos dos sujeitos com transtornos mentais; as políticas públicas de atenção em saúde mental; e a estrutura social “excludente inclusiva”. Ao lado destas questões será discutida a saúde mental como direito humano fundamental, que ainda precisa da intensificação dos movimentos sociais, das práticas libertárias e da boa vontade política, para que os estigmas derivados do antigo imaginário social da loucura possam ser combatidos por equivalerem ao “sofrimento ético-político da dialética exclusão/inclusão” (SAWAIA, 2004a). Tal sofrimento é resignificado pelas “políticas de reconhecimento perverso” (LIMA, 2010b) e/ou como assinala a “teoria do etiquetamento” (*labelling approach*), criam-se categorias humanitárias para depois se utilizar delas pelo avesso, na promoção de excessos reducionistas da dignidade da pessoa humana (BARATTA, 2002).

Nesse caso, a demarcação do campo epistêmico em geral, das ciências humanas e da Psicologia Social Crítica, em particular, considera a complexidade do objeto de estudo, bem como os desafios teóricos e jurídico-políticos-sociais nele implicados para produção de um “saber psicológico”, preocupado com situações-limites que ainda atingem pessoas com transtornos mentais em nossos tempos. Assim sendo, as formas de organização da produção de conhecimento no campo da Psicologia Social Crítica partem de realidades diversas que interferem na vida humana. Por essa razão, adota-se uma metodologia de caráter interdisciplinar que se processa simultaneamente na teoria e nas investigações do *caso concreto*, onde o campo das relações humanas é sempre interpretado a partir das problemáticas da contemporaneidade.

É dentro do materialismo histórico e da lógica dialética que vamos encontrar os pressupostos epistemológicos para reconstrução de um conhecimento que atenda à realidade social e ao cotidiano de cada indivíduo e que permita uma

intervenção efetiva na rede de relações sociais que define cada indivíduo – objeto da psicologia social (LANE, 2004b, p.16).

Nesse sentido, discutiremos alguns aspectos da proteção do direito humano à saúde com foco na saúde mental à luz do aparato legal de proteção nacional e internacional, que reconhecem a singularidade e a integridade dos sujeitos com transtornos mentais, titulares de direitos. Evidentemente, os impasses na aplicabilidade desse direito geram violações, o que exige tutela jurisdicional do Estado, bem como de órgãos internacionais de proteção dos direitos humanos. A partir da análise desses pontos específicos, aspiramos reconhecer através dessa dissertação o quanto tem sido importante a luta dos movimentos sociais em defesa da Reforma Psiquiátrica e em que momento o Congresso Nacional resolveu aprovar pela primeira vez uma proposta legislativa antiga desses movimentos.

O campo epistêmico da Psicologia Social Crítica, conjugado com a orientação teórico-metodológica desenvolvida por Aluísio Lima, abre espaço para se trabalhar a grande gama de possibilidades de diálogos possíveis entre a Psicologia Social Crítica e outras áreas do conhecimento, sem cair nas armadilhas da produção cientificista e da compulsão classificatória de determinadas opções metodológicas (LIMA, 2010b). Esse campo de investigação se sustenta na ideia de fazer ciência, sem a busca de um objeto unívoco, já que não existe uma separação entre a perspectiva teórica que adotamos e a complexidade das problemáticas no “mundo da vida”²³. Isso significa dizer que os distintos olhares das ciências sociais não traçados por métodos de especialidades fechadas aguça aqui a nossa curiosidade no campo da Psicologia Social Crítica, favorecendo a adoção de uma dimensão *paralaxe*, que possa fornecer subsídios de outras ciências, o que torna possível realizar e avançar criticamente na elaboração de uma discussão desta natureza.

Vale reforçar que a demarcação dessa opção epistemológica possibilita termos uma compreensão mais larga dos dispositivos que tanto já capturaram vidas nos mais diversos campos asilares/manicomiais. Para tanto, esta vertente reflexiva escapa às fronteiras das especialidades, possibilitando pesquisar e lançar novos olhares sobre um mesmo objeto em parceria com outras áreas do conhecimento inacabado. De tal modo, que a presente pesquisa não se esgota na apresentação de um caso de violação de direitos e do sofrimento da vítima e de seus familiares, mas avança nas considerações de ordem política do fato que ainda hoje impacta no campo da saúde mental brasileira. Afinal, a

²³Em Habermas, as “estruturas simbólicas do mundo da vida [*Lebenswelt*] se reproduzem por meio da continuação do saber válido das tradições, da estabilização da solidariedade dos grupos e da formação de atores capazes de responder por suas ações” (HABERMAS, 1987, p. 196).

tarifa de uma crítica da violência pode se circunscrever à apresentação de suas relações com o direito e com a justiça. Pois, qualquer que seja o modo como atua uma causa, ela só se transforma em violência, no sentido pregnante da palavra, quando interfere em relações éticas (BENJAMIN, 2011c, p.121).

Com base em Boaventura Santos (2000a), podemos fazer o seguinte questionamento: por que é tão difícil construir uma teoria crítica no campo da saúde mental brasileira? Apesar de estarmos cercados por tantas situações-limites de violação ao direito humano à saúde mental que merecem serem profundamente rechaçadas. Para este autor, não basta que o problema exista, ele precisa ser denunciado pelas vozes do sentimento mais profundo de humanidade, ter dimensão pública pelas exigências de pessoas sujeitas à jurisdição estatal e internacional, bem como pertencentes a grupos, setores ou comunidades específicas que precisam de uma atenção especial. Levando em consideração o pensamento de Ciampa, acreditamos que “a questão se coloca como uma questão prática e como tal deve ser enfrentada, conscientemente, por nós – cada um de nós, todos nós” (2004b, p.74). Inclusive, nessa “era dos direitos”, a violação ocorrida num ponto da terra hoje é sentida por todos nós, porque os direitos humanos ganharam internacionalização, integrando características e exigências diferenciadas para proteção das prerrogativas de cada um e de todos.

De fato, se queremos pensar na mudança das formas de cuidados e de reconhecimentos de direitos na sociedade contemporânea, casos de violações aos direitos dos sujeitos com transtornos mentais não podem ser esquecidos e precisam ser enfrentados por todos nós. Como ironicamente recomendou José Saramago (2002, p. 119): “se não formos capazes de viver inteiramente como pessoas, ao menos façamos para não vivermos como animais”. Devemos acrescentar, ainda, as seguintes palavras da obra “Os Sertões”, de Euclides da Cunha (1984, p.41): “Estamos condenados à civilização. Ou progredimos, ou desaparecemos”.

A produção de conhecimento em Psicologia Social, sob o marco teórico da Psicologia Crítica vem contribuindo para superação das contradições existente no positivismo, desenvolvendo em torno de questões contemporâneas, uma metodologia de pesquisa com bases materialistas históricas, concebendo o homem como um ser produzido historicamente e, portanto, essencialmente social (CIAMPA, 2009a [1987]).

Aluísio Lima (2012d) alarga esta compreensão ao assinalar que a Psicologia Social possui bases histórico-políticas, o que possibilita criticar o planejamento de tecnologias de manutenção do “estado de exceção”, no qual o dissonante, a pobreza, a

fome, o descontentamento são ao mesmo tempo excluídos e capturados sob novas formas de dominação, mais sutis e alinhadas aos ditames capitalistas. Por meio dessas bases histórico-políticas, sentimos a necessidade de “intercambiar experiências” (BENJAMIN, 1994, p.197), a fim de lançar um olhar em paralaxe sobre a condição humana daqueles que são objetos de “exclusão inclusiva” de políticas de gestão da antiga engrenagem psiquiátrica brasileira ainda manifesta entre nós, sob a forma de discursos e práticas de reconhecimento perverso (LIMA, 2010a), que são instrumentos de imperialismo e de liquidação do *status* humano.

O nosso objeto de estudo discute valores universais de proteção à pessoa, revela a relativização e flexibilização da soberania do Estado, como resposta às atrocidades e aos horrores cometidos em hospitais psiquiátricos brasileiros que eram verdadeiros campos de concentração. Para tanto, a nossa pesquisa registra o processo de incorporação do direito humano à saúde mental no Brasil, tomando por base a Constituição de 1988, a luta por Justiça em um caso particular de violação aos direitos de um sujeito com transtorno mental, bem como seu impacto nos avanços da Reforma Psiquiátrica nacional. Será conferida especial atenção ao resultado da proteção interamericana aos direitos humanos dos brasileiros com transtornos mentais.

Desse modo, os caminhos trilhados para concepção do nosso objeto de estudo perseguem a ideia da proteção ao direito humano à saúde mental em ação, para que as relações humanas sejam intermediadas cotidianamente por atuações transformadoras, emancipatórias e libertárias. Isso tudo dialoga com a discussão levantada por Aluísio Lima (2010a) a respeito da persistência da hegemonia psiquiátrica na assistência à saúde mental que evidencia a necessidade de análise crítica da realidade a que estão inseridos os indivíduos com sofrimento mental. Pois, numa sociedade em que as vias institucionais garantidoras de direitos dificultam a exigibilidade destes, o surgimento de novos tipos de opressão passa a ser algo natural para as pessoas, sendo despercebido pelo controle do Estado Democrático de Direito, surgindo assim um “estado de exceção” não declarado oficialmente, mas atuante. Como diz Arendt (2004, p.9) “aqueles que escolhem o mal menor esquecem muito rapidamente que escolheram o mal”.

À luz das obras “*Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua*” (2004) e “*Estado de Exceção*” (2008b), do filósofo italiano Giorgio Agamben, passamos a perceber que nos lugares asilares geralmente a norma é suspensa e a “exceção” torna-se a regra, o paciente na maioria das vezes é privado de seu direito à saúde mental e todos os crimes são cometidos contra ele nessa condição. A engrenagem psiquiátrica primeiramente danifica sua

identidade enquanto sujeito de direitos e em seguida captura sua vida sob o argumento da cura e da normalidade. Nesse caso, o Estado é a instância capaz de traçar o limite entre a vida protegida e a vida exposta à morte nos espaços asilares. Dentro deste limite se pode matar sem cometer nenhum homicídio, segundo Agamben.

Destarte, a inserção nesse estudo possibilitará descortinarmos o universo da complexa engrenagem psiquiátrica reproduzida no interior dos espaços asilares, tomando por base um caso específico. Com isto, passaremos a entender como espaços gerados e financiados pela ordem pública conseguem ser perversos na sua função principal (cuidar da saúde mental dos que sofrem), possibilitando o exercício da crueldade, sob a custódia do próprio Estado. Ao problematizarmos uma situação-limite de morte psiquiátrica hospitalar não computada pelas estatísticas oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS)²⁴ encontramos um caso que desafia à capacidade analítica da nossa condição humana (ARENDDT, 2004b).

A crueldade das mortes em hospital psiquiátrico brasileiros lança-nos desafios e exige que novas ações estatais sejam implementadas no campo da saúde mental pelo lado dos direitos humanos. A construção dessa nova perspectiva da saúde mental brasileira requer uma maior democratização do tratamento psiquiátrico pela terapêutica da liberdade, bem como da participação dos usuários e de seus familiares e do acolhimento por parte da sociedade.

A “precariedade” da condição clássica de doente mental gera a extrema privação de valores humanos e provoca a suprema negação de direitos. O termo “precariedade” aqui adotado é compreendido com base na obra “Vida precária: El poder del duelo y la violencia”, de Judith Butler (2006), cuja precariedade traduz uma condição politicamente construída através da qual determinadas pessoas são assimetricamente expostas ao flagelo social, a contextos de violência, perigo, enfermidade, migração forçada, pobreza, injustiça ou morte.

Nesse caso, “vida precária” é uma condição política que não tem nenhum sentido de afronta às pessoas já tão sofridas e humilhadas pela ausência do Estado, o que a

²⁴ Foi publicada no dia 7 de abril de 2001 (Dia Mundial da Saúde), no Jornal Diário do Nordeste, a matéria intitulada *Óbitos de doentes mentais estão sob suspeita*. É destacado na apresentação da matéria, que as pessoas com transtornos mentais não estavam recebendo a devida atenção das autoridades no Estado do Ceará. Pois, entre os anos de 1997 e 1999 foram registradas 59 mortes de internos em hospitais psiquiátricos do Estado. É relatado que os casos foram denunciados à Secretaria de Saúde do Estado (SESA) pelo Fórum Cearense de Luta Antimanicomial. O Fórum afirma na matéria que havia suspeita de que, nos 59 falecimentos estudados, os internos tenham sido vítima de tratamento inadequado ou de maus tratos. Existia, pelo menos, um precedente para sustentação dessa suspeita: Damião Ximenes Lopes faleceu em 1999, no Hospital Guararapes, em Sobral, devido a comprovados maus tratos. Que os 59 casos foram retirados do DATASUS. Como nesse registro oficial não constava o nome de Damião Ximenes Lopes, assim o número de mortes pode ser bem superior, frisa a matéria jornalística.

autora faz é chamar a atenção, provocativamente, para nossa maior contradição social e político: o abandono humano integral em pleno Estado Democrático de Direito. Trata-se do abandono dos sujeitos mais “precarizados” em suas condições de vida. Butler (2006) ainda observa que nas “condições de vulnerabilidade” temos uma ruptura no padrão dos sujeitos identificados como pertencentes à civilização. E na “vida precária” encontramos a violência como elemento principal de exclusão.

A referida precariedade acontece numa época compreendida como a era dos direitos, marcada pela positivação dos direitos humanos e criação de sistemas internacionais de proteção humana. A mortalidade psiquiátrica hospitalar nesse contexto sinaliza um grande problema: a era formal do direito humano à saúde mental é também a era material de desrespeito a esse direito no mundo da vida? Para discutir tal questão é necessário verificar a real legitimidade da referida era dos direitos e da modernização da saúde mental. Pois, os casos de graves violações aos direitos dos sujeitos com transtornos mentais nesse contexto, mostram-se avessos às enunciações políticas, sociais e legislativas prolatadas.

Aluísio Lima (2010a) afirma que a persistência da hegemonia psiquiátrica compromete as garantias de direitos fundamentais dos sujeitos com transtornos mentais. Esta é uma questão que envolve manobras silenciosas da injustiça manifesta e da racionalidade psiquiátrica que insistem em se fazer presentes na contemporaneidade. Racionalidade psiquiátrica e discurso psiquiátrico como evidências de não superação da instituição psiquiátrica, que mais do que uma estrutura concreta que separa os indivíduos normais e anormais, excluindo-os do espaço público, refere-se ao conjunto de conhecimento e normas morais revertidas de categorias científicas, que determinam o que é doença mental no esteio social. Tais manobras acabam por danificar a identidade do sujeito, bem como bloquear a enunciação e efetividade do direito humano à saúde mental no plano interno e internacional, reduzindo assim, a possibilidade de emancipação humana e a legitimidade das garantias fundamentais. Tudo isso acaba comprometendo o projeto promissor da Reforma Psiquiátrica e do Estado Democrático de Direito no Brasil. Atento a estes problemas, o referido autor também questiona a dialética dos movimentos progressivo-regressivos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial no Brasil.

Com base nestas perspectivas, procuraremos mostrar como a morte de um sujeito com transtorno mental em um hospital psiquiátrico brasileiro fez com que os anseios legislativos dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica brasileira fossem levados mais a sério, impactando em avanços reformistas no campo da saúde mental. Nesse caso, ainda ressaltaremos que a ocorrência da referida morte sinaliza que não basta termos a

enunciação de direitos à saúde mental, é preciso procurar garanti-los e protegê-lo da sua aplicação à *exceção* que já vitimou tantos outros brasileiros com transtornos mentais.

Deste modo, justificamos nesse primeiro Capítulo a relevância dessa pesquisa no âmbito da Psicologia Social para construção de uma crítica ao “não-dito” acerca dos “avanços a contrapelo” da saúde mental brasileira, tomando por base a análise dos eventos que fizeram de Damião Ximenes Lopes uma “vítima de tortura e não de tratamento psiquiátrico” (BORGES, 2009, p.140) .

2.2 A Proteção do Direito Humano à Saúde

Para compreensão de algumas das questões levantadas nessa pesquisa, passaremos a tratar da proteção ao direito humano à saúde que envolve a saúde mental e a vida. Muitos dos direitos que hoje constam no Direito Internacional dos Direitos Humanos emergiram, quando a comunidade internacional em resposta às atrocidades cometidas ao longo da Segunda Guerra Mundial passou dar uma dimensão global para os direitos humanos, a fim de evitar a repetição de outras atrocidades dentro dos Estados (PIOVESAN, 2006a).

Em 1919 foi criada a Liga das Nações para resolver problemas internacionais. Assim, numa conjuntura de longos anos foram sendo elaborados instrumentos como: a Carta do Atlântico, de 1941; a Declaração das Nações Unidas, de 1942; a Declaração Filadélfia, de 1944; a Carta das Nações Unidas, de 1945²⁵. Com o passar do tempo, a referida Liga das Nações foi perdendo suas forças de intervenção, sendo substituída a partir de 1946 pela Organização das Nações Unidas (ONU), que passou a ter em vista uma maior cooperação internacional para resolver questões de ordem econômica, social, cultural ou humanitária, buscando sempre o respeito aos direitos humanos e às liberdades (TRINDADE, 2002a).

De acordo com Arendt (1989e), os direitos humanos não são um dado, mas uma invenção humana em constante processo de construção e reconstrução. Os direitos humanos são, então para a referida autora, produto de uma construção social que vem se alterando ao longo da história pela ação dos homens de cada época.

Nesta perspectiva, tem sido construído um universo de diversos organismos e instrumentos de proteção dos direitos humanos no plano internacional. Entre esses direitos humanos encontram-se os direitos sociais que englobam o direito à saúde. Este último, por

²⁵Esta Carta foi promulgada no Brasil pelo Decreto nº19.841 de 22 de outubro de 1945.

sua vez, envolve de forma indireta ou direta a proteção à saúde mental. Nesta perspectiva, a temática da saúde aparece de diversas maneiras na: Organização Mundial da Saúde (1946); Declaração Universal de Direitos Humanos (1948); Organização dos Estados Americanos (1948); Conselho da Europa (1949); Carta Social Europeia (1961); Organização da Unidade Africana (1963); Convenção Internacional Sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1965); Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Pacto Internacional Sobre Direitos Cívicos e Políticos (1966); Declaração dos Direitos do Deficiente Mental (1971); a Convenção Americana Sobre Direitos Humanos (1978); Declaração de Alma-Ata (1978) Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Mulheres (1979); Carta de Ottawa (1986) Convenção das Nações Unidas para Prevenção da Tortura e Tratamento ou Punição Desumanas e Degradantes (1987); Protocolo Adicional à Convenção Americana Sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988); Carta Africana (Banju) dos Direitos Humanos e dos Povos (1988); a Convenção das Nações Unidas Sobre os Direitos da Criança (1989); Regras Padrão Sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência; Declaração de Caracas (1990); Princípio das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidades Mental e para Melhoria da Atenção à Saúde Mental (1991)²⁶; Normas Uniformes sobre Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência (1993); Declaração de Salamanca e Referencial para Ação em Necessidades Especiais (1994); Recomendações nº 1.235 do Conselho da Europa sobre Psiquiatria e Direitos Humanos (1994); Declaração de Madri da Associação Psiquiátrica Mundial (1996); Convenção Interamericana Sobre Todas as Formas de Discriminação Contra Pessoas com Deficiências (1999)²⁷; Recomendações da Comissão Interamericana para Promoção e Proteção dos Direitos dos Mentalmente Enfermos (2001); e Organização Panamericana de Saúde (1990).

Seguindo o entendimento de Luigi Ferrajoli (2011), acreditamos que após o nascimento da ONU e graças à aprovação de cartas e convenções internacionais sobre a saúde como direito humano, esse direito não é mais “fundamental” somente no interior dos Estados cujas constituições é formulado, mas é direito supraestatal, ao qual os Estados são vinculados e subordinados também no nível do direito internacional; não mais direito

²⁶Documento do sistema global, que trata a doença mental como um transtorno mental (“Pessoas acometidas de Transtorno Mental” ou “Pessoa com transtorno mental”).

²⁷Documento do sistema regional (vigente em 1999), que trata a doença mental como deficiência (“portador de deficiência mental, portador de deficiência mental ou pessoa deficiente mental” e não como transtorno mental).

apenas de nacional, mas direito das pessoas independentemente das suas diferentes cidadanias.

Neste cenário de afirmação da saúde como direito humano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) apresentam-se como verdadeiras agências especializadas da ONU para questões que envolvam *Saúde*. E essas agências têm impulsionado os Estados a criarem normas de proteção ao direito à saúde, com participação do Poder Público e da sociedade civil para plena operacionalização do projeto de uma saúde para todos. Além disso, a OMS e a OPAS oferecem cooperação técnica entre os Países-Membros, a fim de desenvolver um grande número de iniciativas de proteção à saúde, de aperfeiçoamento dos sistemas de saúde e de enfrentamento a problemas emergente desse campo (MATTOIS, 2001).

O Preâmbulo da Constituição da OMS assinala que os Estados-Membros, em conformidade com a Carta da ONU declararam para a felicidade dos povos, de suas relações harmoniosas e de sua segurança, os seguintes princípios:

- a) a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou de enfermidade;
- b) gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condições econômicas ou sociais;
- c) a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados;
- d) os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos;
- e) o desigual desenvolvimento em diferentes países no que diz respeito à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente contagiosas, constitui um perigo comum;
- f) o desenvolvimento saudável da criança é de importância basilar; e a aptidão para viver harmoniosamente num meio variável é essencial a tal desenvolvimento;
- g) a extensão de todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para atingir o mais elevado grau de saúde;
- h) uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de importância capital para o melhoramento da saúde dos povos, a qual só

pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (ONU, 1946).

É importante destacar que a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948) tem inspirado importantes tratados de proteção dos direitos humanos (que fazem referência ao direito à saúde), de abrangência global (ONU) e regional (Sistemas Europeu, Interamericano e Africano). Dentro do sistema global, a ONU é responsável por meio do Conselho de Direitos Humanos pela fiscalização do cumprimento dos tratados firmados pelos Estados-Membros. Entre os principais tratados que formam o sistema global destaca-se a Declaração Universal de Direitos Humanos, o Pacto de Direitos Civis e Políticos e o Pacto de Direitos Econômicos e Sociais (PIOVESAN, 2006a).

Tanto o sistema global quanto o sistema regional tomaram por base os valores e princípios da referida Declaração Universal (1948) de que toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e ao direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.

As nações do mundo começaram a construir estes sistemas internacionais de proteção dos direitos humanos com o fim da Segunda Guerra Mundial. Dentro do continente americano foi criado o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, vinculado à Organização dos Estados Americanos (OEA)²⁸. Este Sistema é composto por dois órgãos: a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, de 1959 (Comissão IDH), em San José, Costa Rica e a Corte Interamericana de Direitos Humanos, de 1979 (Corte IDH), em Washington, Estados Unidos (PIOVESAN, 2006a).

Por um lado, a Comissão IDH recebe as denúncias e outras comunicações, referentes às violações dos direitos humanos, funcionando como um verdadeiro elo entre as vítimas das violações e a Corte IDH. Nesse caso, Comissão IDH trabalha como órgão consultivo da OEA, devendo promover o respeito e a defesa dos direitos humanos. Possui competência para elaborar estudos ou relatórios, formular recomendações aos Governos, bem como solicitar destes, informações sobre medidas a serem adotadas em matéria de

²⁸A OEA surgiu em 1948, em Bogotá, Colômbia. A Organização prima pelo comprometimento dos Estados americanos com os objetivos comuns, respeito mútuo pelas suas soberanias e promoção dos direitos fundamentais da pessoa humana.

direitos humanos. A Comissão também deve velar pela promoção dos direitos derivados das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura (SALES, 2013).

Após a Comissão IDH evidenciar os indícios de violação dos direitos humanos pelo Estado, impossibilidade de soluções amistosas ou acatamento de recomendações, esgotadas as possibilidades de solução amistosa em nível de Comissão IDH, a denúncia sob a forma de relatório é encaminhada para a Corte IDH (*Idem*).

Por outro lado, a Corte IDH tem a função de apreciar as demandas apresentadas oficialmente pelos Estados ou pela Comissão IDH. Essa Corte IDH possui competência tanto jurisdicional quanto consultiva, podendo investigar, processar e condenar Estados por violações aos direitos humanos. Ao final de cada processo, a Corte IDH prola uma sentença vinculante e inapelável que deverá ser cumprida de boa-fé pelo Estado condenado. Tanto a Comissão IDH como a Corte IDH são formadas por sete membros, escolhidos a título pessoal pela Assembleia Geral da OEA a partir de uma lista proposta pelos Estados-Membros dessa Organização para um mandato de quatro anos, podendo ter reeleição (*Idem*).

O principal instrumento do Sistema Interamericano é a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, essa também é conhecida como Pacto de San José da Costa Rica. Este Pacto foi criado em 1969, mas só entrou em vigor em 1978, quando recebeu um número suficiente de adesão por parte dos Estados-Membros da OEA. Para que a Comissão IDH e Corte IDH possam atuar com relação ao processamento das denúncias de violações aos direitos humanos é necessário que o Estado-Membro assine e ratifique os tratados. Todavia, Cançado Trindade (1998b) vem assinalando em seus estudos que por conta da coexistência de instrumentos internacionais de proteção dotados de bases jurídicas distintas, todos os Estados (inclusive os que não ratificaram os tratados gerais de direitos humanos) encontram-se hoje sujeitos à supervisão internacional no tocante ao tratamento dispensado às pessoas sob sua jurisdição.

Segundo Patrícia Ferreira (2001), com a criação e a ratificação dos tratados internacionais de direitos humanos após a Segunda Guerra Mundial, os Estados provocaram uma transformação radical no regime da responsabilidade internacional. A partir de então, a responsabilidade internacional deixou de proteger apenas os interesses e reparar os danos e prejuízos causados por disputas internacionais de Estado x Estado ou de um Estado contra o nacional de outro. Hoje em dia, incorre em responsabilidade internacional o Estado que violar um dispositivo internacional que protege o direito de seus próprios nacionais.

Na Convenção Americana sobre Direitos Humanos de 1969, o direito humano à saúde aparece entre os direitos sociais que foram mais especificados com protocolo adicional à Convenção denominado Protocolo de San Salvador proposto em Assembleia Geral da OEA, em 1988. Este Protocolo entrou em vigor em 1999, levando a Convenção a estipular que os direitos econômicos, sociais e culturais são direitos de desenvolvimento progressivo pela dinâmica das necessidades humanas, cujos Estados-Membros devem comprometer-se com a adoção de todas as providências internas e de cooperação internacional necessárias à efetivação integral dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais (direito à saúde) e culturais, na medida dos recursos disponíveis, seja por novas implementações legislativas ou por outros meios adequados como projetos e programas públicos (OEA, 1969; PIOVESAN, 2006a).

Com base no que já foi exposto, podemos observar que o acompanhamento da proteção internacional do direito humano à saúde como direito derivado das normas sociais é feito pela Comissão IDH que na condição de órgão consultivo da OEA pode exigir dos Estados-Membros informações no que diz respeito à implementação das disposições da Convenção Americana sobre Direitos Humanos e a efetivação das medidas internas de proteção da saúde criadas pelos Estados. A Corte IDH também alarga a referida proteção com suas atuações jurisdicionais e consultivas.

O Brasil é Estado-Membro tanto do sistema global ligado à ONU como do sistema regional vinculado à OEA. Com relação ao sistema regional, o Brasil assinou a Convenção Americana sobre Direitos Humanos no final do ano de 1992 e ratificou a competência da Corte IDH para processar e julgar as denúncias de violações aos direitos humanos no final do ano de 1998, por meio do Decreto Legislativo nº 89/98. O País demorou assinar a Convenção por conta do período em que esteve sob o domínio do Regime Militar (1964 a 1984). Somente no ano seguinte, o governo civil retomou o controle do País, tornando possível a realização de reformas por um sistema democrático e a promulgação da Constituição de 1988. Esta Constituição possibilitou ao Estado brasileiro ratificar a referida Convenção e alargar a legislação nacional, para melhor implementação do marco legal e político dos direitos humanos, que já era uma realidade para os países que já haviam assinado e ratificado a mencionada Convenção, que existe desde 1969.

Vale ressaltar que antes do Brasil reconhecer a competência da Corte IDH, a Comissão IDH já havia recebido denúncias de violações dos direitos humanos, ocorridas no interior do País. Porém, o processamento dessas denúncias esbarrou na falta de

ratificação da competência da Corte por parte do Estado, o que acabou tardando o andamento das denúncias contra o Brasil e a implementação interna dos direitos humanos.

Assim que Brasil oficializou a aceitação da competência da Corte IDH no final de 1998, as denúncias foram sendo processadas e julgadas por esta Corte suprema do Sistema Interamericano. Tal fato ficou evidenciado, quando no dia 22 de novembro de 1999 (após a ratificação do Brasil), a Comissão IDH recebeu pelo seu sistema de comunicação virtual uma carta-denúncia, relatando a violenta morte de um brasileiro durante uma internação psiquiátrica. Esta denúncia foi recebida e enviada pela Comissão IDH à Corte IDH, que no final do processamento do caso prolatou a primeira sentença contra o Estado brasileiro, em 2006, marcando profundas transformações no campo dos direitos humanos e da saúde, em particular, da saúde mental brasileira.

No Brasil, o direito à saúde como direito humano somente surgiu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (que inspirou a criação de legislações infraconstitucionais sobre saúde), a ratificação de tratados internacionais de direitos humanos e as decisões interamericanas que passaram a versar sobre a tutela do direito à saúde. No texto da referida Constituição encontra-se a consagração dos princípios da prevalência dos direitos humanos e da dignidade humana como uma unidade indivisível, independente e interrelacionados, na qual os valores da igualdade e liberdade se conjugam e se completam. Além disso, a saúde é reconhecida dentro desse texto constitucional como um bem jurídico fundamental, sendo direito de todos e de cada um, bem como dever do Estado, da sociedade e da própria pessoa para com seus pares e consigo mesma (SARLET, 2008).

Os Artigos 5º, 6º, 7º, 21, 22, 23, 24, 30, 127, 129, 133, 134, 170, 182, 184, 196, 194, 216, 218, 220, 225, 227 e 230 da referida Constituição tratam direta ou indiretamente sobre direito humano à saúde. Complementarmente, também, é elencada na legislação infraconstitucional a proteção à saúde, configurando uma vasta tutela jurisdicional, que contou com a criação da Lei Orgânica de Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90); os diversos Códigos Sanitários Estaduais e Municipais; as Leis de criação das Agências Nacionais de Vigilância Sanitária (Lei nº 9.656); a Lei Federal nº 10.216/01, que trata da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais; a Lei de Bioética (Lei nº 11.105/05), dentre tantas outras que tratam exclusivamente de assuntos relacionados à promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil. Além das legislações aprovadas pelo Congresso Nacional, o direito à saúde foi alimentado por uma quantidade significativa de regulamentos infralegais voltados à regulação de ações e serviços de saúde. São diversos os

Decretos, as Portarias e as Resoluções produzidos a partir dessa nova ordem constitucional (BRASIL, 1988; AITH, 2007).

Após a promulgação da aludida Constituição de 1988, importantes tratados internacionais de direitos humanos em que o direito à saúde aparece em seus textos foram ratificados pelo Brasil: a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, em 20 de julho de 1989; a Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, em 28 de setembro de 1989; a Convenção sobre os Direitos da Criança, em 24 de setembro de 1990; o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, em 24 de janeiro de 1992; o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em 24 de janeiro de 1992; a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em 25 de setembro de 1992; a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 27 de novembro de 1995; o Protocolo à Convenção Americana referente à Abolição da Pena de Morte, em 13 de agosto de 1996; o Protocolo à Convenção Americana referente aos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador), em 21 de agosto de 1996; o Estatuto de Roma, que cria o Tribunal Penal Internacional, em 20 de junho de 2002; o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher, em 28 de junho de 2002; o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre o Envolvimento de Crianças em Conflitos Armados, em 27 de janeiro de 2004; o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre Venda, Prostituição e Pornografia Infantis, também em 27 de janeiro de 2004; a Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 25 de agosto de 2009²⁹.

Tais ratificações têm significado a inserção definitiva do Brasil no sistema internacional dos direitos humanos, assumindo perante os demais países signatários, o compromisso de adotar medidas adicionais em âmbito nacional que possam garantir a plena vigência dos direitos humanos que envolvem necessariamente o direito à saúde e à vida.

É importante considerar, também, que o direito humano à saúde declarado pela Constituição de 1988 teve como inspiração os instrumentos de proteção internacional dos direitos humanos de abrangência global (ONU) e regional (Sistemas Europeu, Interamericano e Africano) (OEA), ambos construídos em conformidade com os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948.

²⁹Documento do *sistema regional* (Sistema Interamericano de Direitos Humanos) que trata a doença mental como deficiência (“portador de deficiência mental, portador de deficiência mental ou pessoa deficiente mental”).

No Ceará, a Constituição estadual também reproduziu um dos reflexos da tendência cidadã³⁰ da Constituição Federal de 1988 em matéria de deveres do Estado em relação ao direito humano à saúde, detalhando-o ao impor que: compete ao sistema único estadual de saúde, além de outras atribuições: I – gerir, planejar, coordenar, controlar e avaliar a política estadual de saúde, estabelecida em consonância com os níveis federais e municipais; [...] XI – estabelecer normas, fiscalizar e controlar estabelecimentos, produtos, substâncias e equipamentos utilizados na assistência à saúde (Art. 28 da Constituição do Estado do Ceará, de 05 de outubro de 1989).

Tomando por base as referidas Constituições, os Municípios cearenses devem segui-las para proteção e garantia do direito humano à saúde. O Município de Sobral, Estado do Ceará, por exemplo, foi habilitado para participar da Gestão Plena do Sistema Municipal (Art. 1º, da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.422, de 23 de março de 1998). Dessa forma, o mesmo passou a fazer jus de uma parcela mensal concedida pelo Fundo Nacional de Saúde, a fim permiti-lo a prestar assistência à saúde aos indivíduos em sua circunscrição.

A partir de todo o exposto sobre a saúde como direito humano, é importante destacar que no âmbito do sistema regional vinculado à OEA, as disposições da Convenção Americana sobre Direitos Humanos possibilitam a Comissão IDH e a Corte IDH fazer supervisão das obrigações dos Estados-Membros que devem respeitar os direitos humanos. Foi no descumprimento dessas obrigações que Estado brasileiro acabou sendo condenado pela primeira vez na Corte IDH em 2006, por violação ao direito humano à saúde que envolveu desde a questão do direito à vida até o direito à saúde mental que é uma grande conquista também das últimas décadas.

2.3 A Proteção do Direito Humano à Saúde Mental

Com o surgimento da proteção internacional dos Direitos Humanos após a Segunda Guerra Mundial e a criação da OMS (1946), a saúde passou a ser considerada um bem jurídico fundamental a todo ser humano, ganhando tutela jurisdicional nos Estados-Membros da ONU.

É possível observarmos que tanto no âmbito do sistema regional da OEA como do sistema global da ONU, vem sendo aprovado tratados, declarações e outros instrumentos relacionados com os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, que estabelecem importantes padrões relacionados com a promoção e proteção dos

³⁰A Constituição de 1988 foi chamada por Ulisses Guimarães (político brasileiro e constituinte) de “Constituição Cidadã” por sua eminente preocupação com os direitos fundamentais.

direitos humanos destas pessoas. Diante disso, o Brasil tem procurado ser signatário da maioria destes instrumentos internacionais, mas ainda carece de mecanismos internos para implementação integral de tais instrumentos. Tal carência possibilita a persistência de violações dos direitos humanos e, conseqüente responsabilidade internacional para o País (informações baseadas em textos do Processo Internacional).

No início da década de 70, a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, adotada em 1971 pela ONU, constituiu a primeira inovação das Nações Unidas para que sejam adotadas medidas de proteção das pessoas com “deficiência mental”³¹ no plano nacional e internacional (informações baseadas em textos do Processo Internacional).

No âmbito da OMS, a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o que não consiste somente em uma ausência de doença ou de enfermidade. Esta compreensão atualmente tem sido criticada pela sua excessiva abrangência e por desconsiderar a saúde e a doença como um processo, todavia, não podemos esquecer que dentro da referida definição foram destacados os termos “bem-estar”, “mental” e “social” que de acordo com as diretrizes internacionais sobre saúde são termos fundamentais para a promoção da saúde mental na contemporaneidade. Tal promoção envolve a saúde como processo, que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre a sua saúde, para o bem-estar individual e coletivo no sentido posto pela Carta de Ottawa, de 1986 (MENDES, 2004).

Em setembro de 1978 foi realizada a “I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde”, promovida por organizações internacionais, em Alma-Ata, capital do Casaquistão. Da referida Conferência resultou a “Declaração de Alma-Ata” que defendeu a saúde como direito humano fundamental, levando diferentes agentes internacionais a buscarem a redução das desigualdades econômicas e sociais dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Pois, a promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial. Tais aspectos são fundamentais à condição humana (*Idem*).

A “Declaração de Alma-Ata” (1978) trouxe a noção preliminar de promoção da saúde coletiva que foi mais alargada na Carta de Ottawa de 1986. Anos depois outras conferências foram realizadas para discutir a promoção de saúde e novos documentos

³¹ Como dentro dos textos que compõem o Processo Internacional são utilizadas expressões como: “deficiente mental, pessoa doente mental, paciente mental, pessoa mentalmente insana, paciente psiquiátrico, pessoa com deficiência mental, pessoa com doença mental” é adequado do ponto de vista metodológico mantê-las nos momentos em que utilizamos dentro da dissertação informações dos documentos do referido Processo.

foram elaborados sobre essa matéria. Porém, tanto essas conferências quanto os documentos delas resultantes têm servido principalmente para não deixar acabar o projeto promissor de saúde para todos, tendo em vista que nas regiões mais pobres do Planeta ainda existe uma grande distância entre o que é dito nessas conferências e a efetivação da prática de promoção da saúde (*Idem*).

A definição de saúde da OMS alargada pela da Carta de Ottawa tem contribuído para o reconhecimento, afirmação e codificação da saúde como direito humano. A partir dessa reorientação da concepção de saúde e do surgimento de práticas de promoção e proteção da saúde, as condições de vida no interior dos hospitais psiquiátricos do mundo todo passaram a ser postas em xeque pela comprovação da prática reiterada de violações dos direitos humanos e existência de uma terapêutica da cronicidade (OPAS, 1990) e da perversidade.

Nesse caso, a comunidade internacional passou a perceber o quanto as pessoas com transtornos mentais vinham sofrendo violações dos direitos. Para mudar essa realidade, o movimento político e legal em defesa dos direitos humanos passou a lançar um olhar mais inclusivo sobre esse grupo de pessoas, que durante muitos anos foram destituídas de seus direitos por terem um transtorno mental.

Segundo Deviat (1999), o principal marco de questionamento do tratamento dispensado às pessoas com transtornos mentais começou após a Segunda Guerra Mundial, quando foi iniciada uma reorganização de âmbito internacional da ordem política, da economia e da sociedade civil. Esta, por sua vez, passou a organizar movimentos civis preocupados em aceitar às diferenças dos seres humanos e de grupos minoritários historicamente marginalizados e matáveis. A soma desses fatos levou os Trabalhadores em Saúde Mental, por diversos meios, chegarem à conclusão de que o “hospital psiquiátrico mata” (PEREIRA, 2001) e que este deveria ser extinto por conta da sua natureza letal, que não condiz com um dispositivo de tratamento psiquiátrico.

De acordo com a avaliação da OPAS (2001b), o grande aumento das deficiências nos hospitais psiquiátricos, associada ao processo de institucionalização gerou muitas violações aos direitos humanos, chamando atenção nas últimas décadas dos movimento sem defesa destes direitos e da Reforma Psiquiátrica. Para enfrentar tais violações, a OPAS e os movimentos em defesa da Reforma Psiquiátrica passaram a lutar pela consolidação de um processo de desinstitucionalização, que envolve três elementos fundamentais: a) prevenção de admissões errôneas em hospitais psiquiátricos mediante a oferta de serviços comunitários; b) alta para o universo comunitário de pessoas internadas há longo tempo em

instituições e que tenham recebido preparação adequada para o retorno à vida social; e c) estabelecimento e manutenção de mecanismos de apoio na comunidade para os sujeitos com transtornos mentais.

É a partir desta tomada de consciência coletiva acerca dos impactos negativos do processo de institucionalização que surge a proposta da Reforma Psiquiátrica, iniciada nos anos 70, em diferentes partes do mundo, que se transformou, também, num amplo movimento social em defesa dos direitos humanos dos sujeitos com transtornos mentais. Com a mencionada reforma foram intensificados os questionamentos acerca do modelo de justificação social e moral dos internamentos, do lugar da loucura na sociedade, da eficácia da instituição asilar/manicomial, da terapêutica-leito e da prática psiquiátrica perversa. Por conta dessas questões, surgiu a ideia de redirecionar o sistema de assistência à saúde mental, com foco na atenção psicossocial em detrimento da custódia, do confinamento, da segregação, da cronificação, da perversidade e da “exclusão inclusiva”.

Nesta conjuntura histórica, o direito humano à saúde foi criado para alcançar todos os seres humanos, inclusive, os sujeitos que foram ao longo da história demonizados e excluídos do convívio social por terem um transtorno mental. Com esse entendimento, o Movimento de Reforma Psiquiátrica inscrito num contexto internacional de luta pela superação da violência dos campos asilares e manicomiais foi sendo fortalecido e firmado com base nos fundamentos dos direitos humanos da igualdade; não discriminação; direito à privacidade; autonomia individual; liberdade de tratamento desumanos e degradante; ambiente menos restritivo; direito à informação e a participação, para que o sujeito com transtorno mental possa ser agente da sua vida e da sociedade a qual pertence.

No âmbito do sistema regional da OEA observamos que, em 1990, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) promoveu a “Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina”, celebrada em Caracas, Venezuela. Tal evento reuniu distintas organizações, as autoridades do campo da saúde, os trabalhadores em saúde mental, legisladores e juristas que foram convidados a apoiarem e fortalecerem os movimentos de Reforma Psiquiátrica, com intuito de garantir a implementação e o desenvolvimento qualificado da proteção e garantia ao direito humano à saúde mental pelo lado da atenção. Na ocasião, a Comissão IDH participou como co-peticionária e na qual foi adotada a “Declaração de Caracas” e proclamada em 14 de novembro de 1990. Esta Declaração também estabelece padrões de proteção em matéria de direitos humanos e saúde mental. Com relação a atenção psiquiátrica essa Declaração dispõe que os recursos, cuidados e tratamentos previstos devem salvaguardar,

invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis e facilitar a permanência do doente mental em seu meio comunitário. A Declaração também faz referência ao direito paciente psiquiátrico a ser tratado com dignidades e respeito ao afirmar que o hospital psiquiátrico isola a pessoa com transtorno mental de seu meio e cria condições desfavoráveis que põe em perigo os direitos humanos e civis desta pessoa (informações baseadas em textos do Processo Internacional. Caso Damião Ximenes).

Neste sentido, destaca-se que a “Declaração de Caracas” é contra o tratamento hospitalar psiquiátrico com foco unicamente na internação pela sua ineficácia e fracasso no processo de reabilitação psicossocial. A referida Declaração reconhece a relevância da atenção primária em saúde, para que projetos e programas do campo da saúde possam ser elaborados a partir das necessidades das populações. De tal modo, que a prestação de serviços em saúde mental tenha característica descentralizada, participativa e preventiva, pois o sujeito com transtorno mental precisa ser incluído socialmente como agente capaz de gerir a sua vida e participar da sociedade. Nesse caso, as legislações nacionais precisam de adequação, pois os recursos, o cuidado, bem como o tratamento significativo devem promover o quanto antes o reconhecimento da dignidade humana e dos direitos humanos e civis na sociedade atual (OPAS, 2001b).

Os países latinoamericanos têm a “Declaração de Caracas” como documento de base para adoção de novas políticas no campo da saúde mental. Para a referida Declaração, a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos do atendimento comunitário, descentralizado, integral, participativo, preventivo e contínuo, pois leva em consideração a existência de única modalidade assistencial: o hospital psiquiátrico. A reestruturação da assistência psiquiátrica ligada à atenção básica permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, possibilitando uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizado do hospital psiquiátrico. Assim, a “Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde” seguiu a tendência mundial em defesa de um novo modelo de atenção à saúde mental, no qual o atendimento primário é a estratégia adotada pela OMS, OPAS e Países-Membros, para que seja alcançada a meta de Saúde Para Todos (BRASIL, 2004a).

Nesta mesma perspectiva, a Assembleia Geral da ONU, por meio de uma Resolução, em 17 de dezembro de 1991 aprovou os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e a Melhoria da Atenção da Saúde Mental (Princípios de Saúde Mental), a respeito dos quais a Comissão IDH assinala que esses princípios são considerados como o padrão

internacional mais completo e detalhado em relação as pessoas com deficiência mental e constituem uma guia importante para os Estados signatários na tarefa de delinear e/ou reforçar os sistemas de saúde mental internos, para que a saúde mental seja democratizada (informações baseadas em textos do Processo Internacional. Caso Damião Ximenes).

Os referidos princípios contemplam que os direitos a liberdades mais importantes das pessoas doentes mentais incluem o direito a igualdade perante a lei (Princípio 1.4); o direito de ser atendido na comunidade (Princípio 7); o direito a proporcionar consentimento informado antes de receber tratamento (Princípio 11); o direito à privacidade (Princípio 13); o direito à liberdade de comunicação (Princípio 13); o direito à liberdade de religião (Princípio 13); o direito a uma admissão voluntária (Princípio 15 e 16) e o direito a garantias judiciais (Princípio 17) (informações baseadas em textos do Processo Internacional. Caso Damião Ximenes).

Em suma, os referido princípios abrangem temáticas como: o tratamento da doença mental como transtorno mental; importância do acesso à atenção à Saúde Mental; direito de confidencialidade das informações; direito à informação; direitos e condições em estabelecimento de saúde mental; notificação de direitos; tutela; tratamento no ambiente menos restritivo; procedimentos médicos ou cirúrgicos especiais; psicocirurgias e outros tratamentos invasivos e irreversíveis; isolamento e restrições; consentimento do paciente para o tratamento; internação involuntária; direitos aos usuários (ONU, 1991a).

As “Normas Uniformes sobre Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência”, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1993 foi mais um padrão de proteção da saúde mental criado pelo lado dos direitos humanos. Tais normas constituem um guia interpretativo de grande relevância para efetivar os direitos básicos e liberdades fundamentais consagrados em outros instrumentos internacionais. O objetivo destas Normas é garantir que as pessoas que padecem de deficiências físicas ou mentais possam acender a todas as oportunidades de trabalho, sociais e culturais em pé de igualdade com as demais pessoas (informações baseadas em textos do Processo Internacional).

Em 1999 foi aprovada pela Assembleia Geral da OEA a “Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência”, que foi ratificada pelo Brasil em 15 de agosto de 2001, e entrou em vigor em 14 de setembro de 2001. Esta Convenção define em seu Artigo I o termo “deficiência” como “deficiência física, mental ou sensorial, seja de natureza permanente ou temporária, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, que pode ser causada ou agravada pelo meio econômico e social, e assinala em seu Artigo II

que os objetivos de tal Convenção são a prevenção e eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com tais deficiências e propiciar sua plena integração na sociedade (informações baseadas em textos do Processo Internacional. Caso Damião Ximenes).

Na esfera do sistema europeu de direitos humanos, os dois órgãos deste sistema, ou seja, a antiga Comissão Europeia de Direito Humanos e a Corte Europeia estabeleceram importante jurisprudência relacionada com casos que envolviam pessoas com doenças mentais. A Corte Europeia reconhece que a posição de inferioridade e impotência de pacientes internados em hospitais psiquiátricos requer a aplicação de padrões especiais e específicos para avaliar o cumprimento por parte do Estado com as normas da Convenção Europeia de Direitos Humanos. A Comissão Europeia também assinala que a falta de tratamento médico para prisioneiros ou pacientes mentais pode ser considerado como tratamento desumano ou degradante (informações baseadas em textos do Processo Internacional. Caso Damião Ximenes).

Assim, a Corte Europeia entende igualmente que a detenção de uma pessoa mentalmente insana somente será legítima se efetuada em hospital, clínica ou outra instituição especializada, e que o estado de saúde da vítima é um fator relevante a ser considerado no momento da detenção, para que se possa avaliar se um determinado tratamento não implica em sanção, imposição de penas, tratamento desumano ou degradante (informações baseadas em textos do Processo Internacional. Caso Damião Ximenes).

A Comissão Europeia de Direitos Humanos assinala por sua parte que o encarceramento de uma pessoa com deficiência mental sob condições deploráveis e sem tratamento médico pode chegar a ser considerado como um tratamento desumano e degradante e ressalta a obrigação das autoridades do Estado de velar continuamente pela saúde e bem-estar dos prisioneiros que padecem com alguma deficiência mental, também naqueles casos em que os prisioneiros não colaborarem com as autoridades.

Nesta perspectiva, a Comissão e a Corte IDH do sistema interamericano aplicam em suas recomendações e decisões (na avaliação de casos concretos de violação dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais) as interpretações dos mencionados padrões internacionais da Comissão e da Corte Europeia relacionados com os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e, conseqüentemente levando em consideração também a jurisprudência do sistema europeu sobre a matéria. No que se refere a esses padrões internacionais, a Corte IDH ressalta que antes de declarar cumprida

uma de suas Sentenças é avaliado se o Estado violador passou a cumprir normas convencionais de âmbito internacional sobre a matéria.

De acordo com o exposto anteriormente, existem padrões especiais direcionados para as pessoas com transtornos mentais que tanto a Comissão IDH como a Corte IDH adotam no momento de interpretação das disposições da Convenção Americana sobre Direitos Humanos.

Todos os organismos e instrumentos de proteção dos direitos humanos criados no plano internacional que referenciam a saúde das pessoas, em particular, o direito saúde, também, incluíram nas últimas décadas a proteção ao direito humano à saúde mental, cujos beneficiários até pouco tempo não eram titulares de direitos, por conta de modelos de justificação social e moral que os negavam enquanto pessoas.

O principal marco legal do direito à saúde no Brasil começou com a inserção da saúde como bem jurídico fundamental na Constituição Federal de 1988. Em 1989 surgiu um Projeto de Lei que apresentou a necessidade do Brasil ter uma Lei Federal de reconhecimento e proteção da saúde mental pelo lado dos direitos humanos, tendo em vista que essa já era uma tendência mundial em defesa de um novo modelo de atenção à saúde mental (SARLET, 2008).

Deste modo, a proteção à saúde inserida na Constituição Federal de 1988 foi alargada quando o ex-deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou ao Congresso Nacional, em 1989, o Projeto de Lei nº3.657/89 que foi criado a partir dos anseios dos movimentos sociais em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tal projeto passou doze anos de tramitação nos encaminhamentos do Congresso. Nesse longo período de tramitação, o referido Projeto serviu de inspiração para criação de vários outros projetos de leis estaduais sobre a proteção dos sujeitos com transtornos mentais, que também levavam em consideração os princípios internacionais do direito humano à saúde mental.

Do Projeto de Lei nº3.657/89 foi aprovado um projeto substitutivo do mesmo que deu origem a Lei nº10.216 sancionada em 06 de abril de 2001

após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. 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).

Com a apresentação do Projeto de Lei do ex-deputado Paulo Delgado no Congresso Nacional, as legislações internas aos poucos foram sendo alargadas pelo reconhecimento e proteção do direito humano à saúde mental que hoje é de titularidade universal, devendo o Estado, a sociedade e a própria pessoa garanti-lo pelos mais diversos meios adequados.

No Ceará existe a *Lei Estadual nº 12.151/93* (aprovada nove anos antes da aprovação da Lei Federal nº10.216/2001), que também dispõe sobre o direito humano à saúde mental, e visa redirecionar o sistema de assistência à saúde mental em todo o Estado. Com base nesta Lei, o sujeito com transtorno mental, que tenha sido submetido à internação psiquiátrica compulsória (aquela realizada sem seu expresso consentimento), tem direito de ter a comunicação dessa internação feita no prazo de 24 horas (vinte e quatro) horas, ao Ministério Público e à Comissão de Ética do estabelecimento, pelo médico que determinou a internação. Cabendo também ao Ministério Público proceder com as vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos para atendimento psiquiátrico para, fins de verificação do correto atendimento-hospitalar.

Pela Lei Estadual nº 12.151/93 todas as internações de caráter psiquiátrico, compulsórias ou não, deverão ser confirmadas no máximo em 48 (quarenta e oito) horas na internação respectiva, por meio de laudo interdisciplinar, por membro da comunidade, trabalhadores em saúde mental e por representantes do Poder Público local. E quando a internação for irregular ou indevida a custódia de paciente portador de transtorno mental, constitui contravenção penal, cuja pena prevista é de 15 (quinze) dias e 3(três) meses de prisão simples e multa. Além do mais, todo paciente com transtorno mental tem direito a um tratamento eficaz e alternativo à internação. Assim como todos os demais seres humanos, os sujeitos com transtornos mentais devem ser tratados com respeito e compreensão.

No final de 2005, o Brasil realizou com apoio da OMS e da OPAS, um evento sobre Reestruturação da Atenção Psiquiátrica em comemoração aos quinze anos da histórica Conferência de Caracas, de 1990, que organizou as diretrizes de reestruturação psiquiátricas na região das Américas. Desse evento realizado no Brasil foi elaborado um Relatório sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e

na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Ao lado dos “avanços”, impasses, tensões, conflitos, desafios e rumos da Reforma Psiquiátrica brasileira dos últimos anos encontraram-se, também, as contribuições da proteção interamericana dos direitos humanos para a tutela da saúde mental no Brasil como ressalta nossa pesquisa. Pois, em 1999 foi enviada à Comissão IDH uma denúncia de violação dos direitos humanos ocorrida no interior de uma instituição psiquiátrica brasileira. Desta denúncia veio a primeira condenação do país na Corte IDH, em 2006. Foi também a primeira sentença dessa Corte que abordou a temática da saúde mental e das violações de direitos humanos dos sujeitos com transtornos mentais. Tal fato salta aos nossos olhos quando lemos o título da notícia jornalística destacada abaixo.

Imagem 6
Brasil foi condenado por violação de direitos humanos



JORNAL “O POVO”
DOMINGO 25 A 31 DE OUTUBRO DE 2009.
FORTALEZA-CE. PÁG.5 – CIÊNCIA & SAÚDE
Fonte: JORNAL “O POVO”

Com base em Piovesan (2006a), podemos perceber que a ação internacional e as pressões internacionais advindas dessa primeira condenação contra o Estado brasileiro ainda hoje têm contribuído com a transformação da prática governamental, no que se refere aos direitos humanos e a política de saúde mental, exigindo o cumprimento de medidas que possam contribuir com a implementação de reformas internas como, por exemplo, a Reforma Psiquiátrica brasileira.

2.4 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

No final da década de 1970, surgiu no exterior a chamada “Reforma Psiquiátrica” como movimento que tentava dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar, a fim de evitar a internação como único destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário. No Brasil, a referida expressão surgiu associada ao movimento de democratização e cidadania que se consolidou na segunda metade da década de 1980 (TENÓRIO, 2002).

Vale ressaltar, que desde a década de 60 insurreições contra o modelo asilar/manicomial já vinham acontecendo de forma isolada, em algumas cidades brasileiras, como mostram os estudos de Goullart (2010c), em particular, na análise do documentário “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton. Segundo a referida autora, o documentário gerou um clima de distensão e uma atitude crítica em relação à situação da assistência psiquiátrica, pública e privada em Minas Gerais.

Em verdade, entre as décadas de 1970 e 1990 começou a surgir no Brasil um projeto reformista mais organizado do ponto de vista formal, cuja organização contou com as investidas do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, que possuía características socialistas e democráticas. Este movimento precedeu o movimento da Reforma Sanitária, mas ele só conseguiu ser operacionalizado depois dos avanços desta (AMARANTE, 1998a; SAMPAIO; BARROSO *et al*, 2001a; GOULART, 2008a; SILVA, 2011).

A prática de internação dos sujeitos com transtornos mentais em “instituições totais” (hospícios, asilos, hospitais, manicômios) carrega desde sua origem a marca perversa da exclusão social. Tal prática passou a ser posta em xeque no Brasil, principalmente, a partir da década de 70, quando começou a ser organizado no Brasil o já citado Movimento de Reforma Psiquiátrica, que contou com a participação inicial de profissionais da área da saúde mental, dos pacientes e seus familiares. Este movimento ganhou força com os avanços da Reforma Sanitária que foram reconhecidos pela Constituição de 1988 e reforçados pela Lei nº 8.080, de 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO, 2005).

Em 1976 foi criado na cidade de São Paulo, o “Centro Brasileiro de Estudos de Saúde” (CEBES). Esse Centro objetivava favorecer a democratização da saúde, bem como da sociedade brasileira. Para tanto, foram desenvolvidos novos estudos com o intuito de

reorientar do ponto de vista teórico e prático a assistência em saúde mental e fortalecer o projeto da criação do SUS (TONNI, 2005).

Nesta mesma perspectiva, foi fundado o “Instituto Sedes Sapientiae”, também, em São Paulo, em 1977. Este, por sua vez, visava criar um espaço favorável ao intercâmbio de pensamentos e experiências, com ênfase na defesa dos direitos humanos e da liberdade de expressão (MATIAS, 2006).

O médico Franco Basaglia, precursor e militante da reforma psiquiátrica italiana esteve no Brasil, entre os dias 19 e 22 de outubro de 1978, no Rio de Janeiro, participando do Simpósio Internacional de Psicanálise. Na ocasião, o referido médico apresentou aos brasileiros a possibilidade de transformação das instituições psiquiátricas. Nesse mesmo ano, os empreendimentos do movimento pela Reforma Psiquiátrica impulsionaram a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (GOULART, 2008a; AMARANTE, 2006b).

Vale ressaltar que o referido Movimento foi organizado em diversos núcleos regionais, na tentativa de buscar estabelecer um diálogo, uma parceria com a sociedade na avaliação e transformação da real situação das instituições psiquiátricas brasileiras. Para tanto, houve a realização sistemática de eventos regionais e estaduais, buscando discutir o papel que o trabalhador em saúde mental deveria desempenhar para a superação do modelo hospitalocêntrico (DALMOLIN, 2000).

Goulart (2008a) assinala que Basaglia voltou novamente ao Brasil para participar de outros eventos, em 1979. Esta autora destaca a participação dele no “III Congresso Mineiro de Psiquiatria”, realizado no final do aludido ano. Ela informa que durante esse evento, o presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria questionou os apontamentos de Basaglia, alegando que não se podia mudar a sociedade a partir da prática psiquiátrica, e a resposta do militante foi simples como um verso: “Viva a onipotência!”, registra a referida autora.

No III Congresso Mineiro de Psiquiatria já mencionado, também, foi possível ser conhecido e denunciado o cotidiano do Hospital Colônia de Barbacena-MG, através do lançamento do documentário “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton, que retrata a tragédia vivida pelos milhares de internos do referido Hospital. Este documentário representou um marco da luta e da reforma política de saúde mental no Brasil, pois desencadeou muitas discussões e mobilização da opinião pública relativa à necessidade de urgente transformação, em meados de 1979 (GOULART, 2010c).

Sob o ponto de vista crítico de Goulart (2008a), o modelo da Psiquiatria Democrática apresentado no Brasil por Franco Basaglia gerou um sentimento de esperança para os brasileiros que estavam renascendo das cinzas da ditadura militar, com seus movimentos sociais, sindicais, seus partidos políticos, com a necessidade de livre expressão. Basaglia e tantos outros personagens que também vocalizaram o pensamento crítico nos anos de 1970 no Brasil possibilitaram uma maior articulação interna entre o campo técnico, político e social da saúde mental brasileira.

O ano de 1979 também foi marcado pela realização do I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em São Paulo. Na pauta desse evento foi discutida a falta de uma política nacional mais ampla e quais medidas os profissionais da área da saúde mental deveriam tomar para a transformação do quadro assistencial e das condições de trabalho (DALMOLIN, 2000).

Goulart (2008a) tem registrado que talvez a primeira resposta estatal de promessa pública de desativação de todos os hospitais psiquiátricos e da humanização do tratamento até 1980 tenha sido feita publicamente em novembro de 1979, pelo Secretário de Saúde de Minas Gerais (Eduardo Levindo Coelho, à época). A referida autora afirma ter sido esta uma promessa de mera retórica que resultou apenas na reforma e manutenção dos hospitais públicos, à época.

Segundo Paulo Amarante (1996c), o recorte temporal entre 1978 e 1980 foi marcado por momentos de profundas críticas ao modelo psiquiátrico vigente e ao Regime Militar. Além disso, foi precisamente nesse período que se iniciou a operacionalização mais intensa do movimento pela Reforma Psiquiátrica, que contribuiu com o processo de democratização sanitária ao alargar as discussões sobre as questões técnica, política e social da saúde mental.

Ao tempo em que surgia o movimento preliminar da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) manifestava-se contrária a essa noção reformista, chegando a fazer reivindicações oficiais pelo aumento do número de leitos psiquiátricos, por uma política pública com recursos mais direcionados para essa proposta de ampliação dos leitos existente, à época.

Em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília. Este evento marcou a história do Movimento da Reforma Sanitária e da Saúde do Brasil, pois o mesmo acabou servindo para reorientar o modelo da atenção à saúde dessa época e contribuir com o processo de aprovação da política do SUS. Todas as conferências anteriores a esta sobre saúde foram caracterizadas como eventos mais fechados, pois

contaram com a participação quase que exclusiva de profissionais e representantes do campo administrativo. Deste modo, podemos ressaltar que a VIII Conferência rompeu com as participações fechadas, sendo esta mais consultiva e aberta à participação social, contando com a representação de diversos segmentos da sociedade civil. No final dos debates foi reiterada a ideia de termos uma “Nova Saúde Pública” para maior consolidação da Reforma Sanitária (BRASIL, 1987b).

No entendimento de Amarante (2003d), a VIII Conferência Nacional de Saúde impulsionou a concepção de saúde, com ênfase nos princípios da universalização do acesso à saúde, da descentralização e da democratização. Diante disso, o Estado passou a incentivar a criação de novas políticas de bem-estar social. Após a referida Conferência foi sendo realizados outros eventos direcionados para temas particulares e emergentes relacionados à temática da saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde da pessoa idosa, saúde da criança, recursos humanos em saúde e saúde dos sujeitos com transtornos mentais. Todavia, no caso específico das Conferências sobre saúde mental surgiu uma série de oposições e resistências, porque os representantes deste setor do Ministério da Saúde resistiam ao processo de democratização sanitária da saúde mental no País, o que dificultou a ocorrência de mudanças imediatas no campo da saúde mental brasileira. Tal fato lembra uma passagem da pesquisa de Borges (2009, p.28) em que ela mostra o quanto a questão dos “[...] ‘anormais, também era um obstáculo para Damião” na luta por justiça.

Amarante (2003d) ainda resalta que apesar da falta de incentivo e apoio ministerial, os movimentos em defesa da reforma psiquiátrica convocaram conferências autônomas a nível regional, estadual e municipal, a fim de levar os representantes ministeriais a escutar os seus anseios de vocalização pública em ação e movimento, à época. Um exemplo dessa iniciativa foi a realização da I Conferência Estadual de Saúde Mental, realizada em março de 1987, no Rio de Janeiro. Na ocasião, foram reunidos trabalhadores em saúde mental, usuários, familiares e representantes da sociedade civil, que juntos discutiram três temas centrais: a) Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a doença mental; b) Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; e c) Direitos, deveres e legislação do doente mental. Por conta da persistência das Conferências estaduais e municipais várias outras foram sendo organizadas por iniciativa locais, em diversas cidades brasileiras, mas sem nenhuma participação e apoio do Ministério da Saúde.

Tais temas surgiram apoiados no projeto reformista da saúde mental brasileira, que passou a ter entre suas finalidades: a busca pela consolidação de uma atenção psicossocial mais integrada, centrada no sistema extra-hospitalar de cuidados e na

interdisciplinaridade dos serviços e dos programas. De modo a reconhecer a cidadania, a singularidade e os direitos do sujeito com transtorno mental na esfera pública.

Além disso, em 1987 foi realizado o II Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru-SP, que tinha como lema: “Por uma Sociedade Sem Manicômios!”. Este Encontro ficou conhecido também como Congresso de Bauru por ter sido sediado na referida cidade. Nasceu nesse Congresso a ideia de criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que foi oficialmente formalizado e reconhecido, em 1993.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial surgiu já exigindo mudanças práticas como a substituição dos Hospícios por outras instituições assistenciais, capazes de garantir a dignidade e a liberdade dos Usuários, com base nos direitos de Cidadania. Ao lado dessas exigências práticas caminhavam também as iniciativas políticas de Projetos Legislativos atualizadores da Legislação em vigor, à época, bem como as novas experiências assistenciais, que procuravam criar um novo modelo de atenção à Saúde Mental brasileira (informações encontradas em diferentes textos disponíveis no Instituto Damiano Ximenes).

Deste modo, o referido começou a despertar uma nova consciência nos profissionais, que passaram a exigir uma ampliação da luta técnica, até então, realizada por eles dentro das instituições onde desenvolviam suas funções. A intenção era expandir essa luta técnica para os campos políticos, ideológico e cultural, a fim de enfrentar o fortíssimo poderio econômico dos Empresários da Loucura, que constituíam a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), cujos interesses dominavam as instâncias políticas governamentais, responsáveis pela destinação dos recursos públicos disponíveis para o financiamento da Saúde Mental brasileira (informações encontradas em diferentes textos disponíveis no Instituto Damiano Ximenes).

As investidas dos movimentos sociais em defesa da Reforma Psiquiátrica ao longo do tem vem gerando intervenções na assistência psiquiátrica oferecida aos sujeitos com transtorno mental no Brasil, cujo principal dispositivo dessa assistência era até pouco tempo o Manicômio. Este, por sua vez, constituía-se como uma instituição problema. Idealizado como solução para o relacionamento da sociedade com o sujeito que enfrenta algum transtorno mental no curso da vida. O manicômio trata-se de uma “instituição total” que desde a sua origem sempre figurou como um espaço de violência (um campo de concentração manicomial) e arbitrariedade sobre a clientela que se diz institucionalmente “tratar” (exclusão inclusiva). Por conta desta assistência psiquiátrica fracassada, a crítica dos movimentos sociais aos efeitos negativos do manicômio tem questionado, em particular, a prática Psiquiatria dos últimos anos. Inclusive, sistematicamente, os setores profissionais,

governamentais e sócio-comunitários, vêm manifestando-se sobre os efeitos nocivos das práticas asilares/manicomiais (informações encontradas em diferentes textos disponíveis no Instituto Damiano Ximenes).

Vale ressaltar que com a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial surgiu também a necessidade de termos um dia no calendário brasileiro em que pudéssemos rememorar essa Luta e desenvolver diversas atividades políticas, culturais e científicas. Para tanto, elegeram nos encontros realizados em Bauru-SP, o dia 18 de maio como a data de comemoração do Dia da Luta Antimanicomial no Brasil. A escolha específica desse dia não encontra justificativa, senão a de que este era um dia “livre” no calendário, o qual foi reivindicado para sustentar as bandeiras desse movimento. A inclusão dessa data comemorativa no calendário nacional foi oficialmente reconhecida OMS, que faz parte da ONU com sede em Genebra (informações encontradas em diferentes textos disponíveis no Instituto Damiano Ximenes).

Com o II Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental tivemos uma ampliação discussão sobre a mudança de conceitos no campo da saúde mental. Tal fato aponta para a transição de um movimento pela Reforma Psiquiátrica baseado na assistência sanitária para um movimento mais preocupado com a mudança do aparato cultural já discutida desde a década de 60. O que representa os efeitos de uma verdadeira luta pela hegemonia entre visões teórico-técnicas, ideológicas, culturais e éticas ao longo dos tempos, que se expressam já em uma práxis na qual é possível visualizar uma transição paradigmática, do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) para o Paradigma Psicossocial (PPS), onde misturou-se a clínica com a família, a comunicação e interação social, no qual a noção de saúde mental foi sendo associada a noção de cidadania, a ideia de garantia de direitos, pois durante muito tempo o paciente psiquiátrico foi considerado um sujeitos desconstituído de direitos, um não sujeito. Este processo de transição representa uma verdadeira ruptura e radicalização do tratamento psiquiátrico (DEVERA E COSTA-ROSA, 2001).

Nesta perspectiva, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, na cidade do Rio de Janeiro. Na ocasião, foi ressaltado o quanto o modelo assistencial psiquiátrico vigente (à época) resistia às inovações, sendo retrógrado para o país. O enfrentamento das questões postas na referida Conferência envolvia a desconstrução da dimensão cultural, técnica, política e ideológica da loucura, para que a reformulação do modelo de assistência em saúde mental e consequente reorganização dos serviços, privilegiando o atendimento extra-hospitalar e as equipes multiprofissionais

levassem em consideração os direitos de cidadania e da legislação relativa ao sujeito com transtorno mental (BRASIL, 1987b).

Na Conferência supracitada também definiu-se a bandeira que inspiraria os vindouros movimentos sociais e projetos legislativos em defesa da Reforma Psiquiátrica, por

[...] um horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente, não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes do processo (TENÓRIO, 2002, p.11).

Dentro desse novo horizonte herdeiro da década de 60, a liberdade aparece como condição para o tratamento em saúde mental como ressaltava Basaglia nos eventos que chegara a participar no Brasil. Já sabemos que seu modelo de uma “psiquiatria democrática” gerou um sentimento de esperança nos brasileiros, que aos pouco foram percebendo que era possível tratar os sujeitos com transtorno mental sem cair nas armadilhas da exclusão social e do confinamento, o que não afasta de forma definitiva, a possibilidade de temos o surgimento de um novo tipo de banimento social destes sujeitos, não mais por demonização ou exclusão do convívio social, mas por respeito à lei (quando aplicada desaplicando-se) e à evocação pública da “exceção soberana” (AGAMBEN, 2004a).

A nova perspectiva reformista somada às denúncias de violação dos direitos humanos em hospitais psiquiátricos paulistas contribuiu para a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, em São Paulo, em 1987. A instituição surgiu vinculada à Secretaria de Saúde do Estado e ganhou o nome de CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Trata-se de uma homenagem ao professor Luiz Cerqueira, que foi um dos grandes militantes do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica em seus primeiros anos de ação. A referida instituição também é conhecida como CAPS da Rua Itapeva (BARROS, 2008).

A primeira iniciativa estatal de efetiva desativação dos hospitais psiquiátricos e da humanização ocorreu em Santos, Estado de São Paulo, já nos idos de 1989. Nesse ano foi realizada a implantação do projeto piloto de uma Rede de Atendimento Atimanicomial, com tratamento fora dos hospícios. Tudo começou quando a Secretaria da Saúde do município de Santos fechou a Casa de Saúde Anchieta, em 3 de maio do referido ano.

Em entrevista, Amarante assinala que a Casa de Saúde Anchieta era uma instituição particular conveniada ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (INAMPS), possuía 40 anos de existência e quase 700 internos. O motivo do seu fechamento estava relacionado às diversas denúncias e verificação de óbitos de internos (alguns morriam devido à violência, à desnutrição, às doenças infecto-contagiosa, ao abandono e ao descaso). Nesse campo todos eram pessoas exposta à morte. Depois da intervenção na referida Casa foi impulsionada a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), servindo de modelo para o restante do País. Com a estruturação destes novos serviços, a prestação do atendimento assistencial ficou mais humanizada, funcionando 24 horas por dia com apoio para pacientes e seus familiares, em bases territoriais, sem foco na internação (RADIS, 2005).

O município de Santos, Estado de São Paulo foi a primeira cidade a fechar de fato seu hospital psiquiátrico, mostrando para o país inteiro como tratar os loucos e suas famílias sem internação. A experiência possibilitou o avanço da criação dos NAPSs, CAPs e projetos como da Rádio e da TV TamTam, produzidas por ex-internos da Casa de Saúde Anchieta, e a República Manequinho (local para acolhimento de ex-internos sem casa ou família), em homenagem ao seu primeiro morador (RADIS, 2005).

A regulamentar criação dos equipamentos terapêuticos substitutivos do hospital psiquiátrico, tais como: os CAPS, NAPS, lares abrigados, repúblicas, hospitais-dia e tantos outros instrumentos foi oficializada a partir dos anos 90 (Portarias do Ministério da Saúde: nº189/1991, nº224/1992, nº106 e nº1.220/2000), mesmo já existindo projetos pilotos sendo executados desde os anos 80, por exemplo, a criação do primeiro CAPS e NAPS paulista referenciados anteriormente (SANTOS *et al*, 2000b).

A Legislação Psiquiátrica Brasileira vigente na época da intervenção na Casa de Saúde Anchieta e da criação do primeiro CAPS e NAPS paulista baseava-se no Decreto Lei nº 24.599, de 03 de julho de 1934, que tratava sobre a profilaxia mental, à pessoa e aos bens dos psicopatas, à fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Esta, por sua vez, segundo Paulo Delgado,

“era uma legislação defasada e antiquada, pois ela dava direito a qualquer pessoa interditar uma outra acusada de ser doente mental, essa Lei era um instrumento de muito abuso no Brasil. Se internava qualquer pessoa que lhe incomodasse, sendo esta doente mental ou não. [...] havia internações por conta de conflitos familiares, briga de namorados e de marido e mulher, problema de herança etc. (SAÚDE MENTAL E DIGNIDADE HUMANA, 2013).

A partir das ações empreendidas na I Conferência Nacional de Saúde Mental, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, na intervenção na Casa de

Saúde Anchieta e nas experiências locais espalhadas por algumas cidades brasileiras, o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica passou a ter uma maior visibilidade, fortalecendo os anseios coletivos pela mudança da Lei nº 24.599, de 03 de julho de 1934, que legitimava abusos (biopoder que politizava a vida nua) em todo país.

Na tentativa de dar consequências legais, às propostas assistenciais e de defesa dos Direitos de Cidadania dos Usuários dos serviços psiquiátricos, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial estabeleceu como uma das suas estratégias a intervenção legislativa (a exemplo do movimento basagliano, na Itália), que visava através do Parlamento, tornar legais as suas legítimas posições. Deste modo, foi apresentado pelo Deputado Paulo Delgado (PT-MG), o Projeto de Lei nº 3.657, de 1989, que tratava sobre a extinção progressiva dos manicômios, prevendo a sua substituição por serviços alternativos, bem como defendia os direitos dos sujeitos com transtornos mentais.

O Projeto era objetivo, o Artigo 1º impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo Poder Público; o Artigo 2º previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de meios não-manicomial de atendimento; e o Artigo 3º terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação.

Quando aprovado pela Câmara Federal, o referido Projeto ficou em tramitação por quase dez (10) anos na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, esbarrando nas resistências dos movimentos contrários à Reforma Psiquiátrica, que eram organizados pelos proprietários dos hospitais representados pela Federação Nacional dos Hospitais, responsável por uma ampla mobilização social, dos diversos segmentos envolvidos (profissionais, familiares, prestadores de serviços). Mesmo estando em estado de tramitação no Congresso Nacional, o referido Projeto suscitou discussões a nível nacional sobre a sua temática, implicando também na elaboração e aprovação em oito Estados, de leis estaduais que, no limite da competência dos Estados, regulamentavam a assistência psiquiátrica na perspectiva da substituição asilar. Ressalta-se, ainda, que o Ministério da Saúde editou no período de tramitação do citado Projeto onze (11) Portarias, das quais destacam-se as Portarias nº189/1991 e nº224/1992 que deram existência institucional aos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) e as Portarias nº106 e nº1.220 de 2000 que instituíram os Serviços de Residências Terapêuticas (TENÓRIO, 2002).

Em janeiro de 1999, o Projeto em tela foi finalmente apresentado ao Plenário do Senado pelo Relator Senador Sebastião Rocha (PDT-AP) da Comissão de Assuntos Sociais. Na ocasião, foi aprovado e encaminhado novamente à Câmara, para que o mesmo pudesse

passar pelas Comissões de Seguridade Social e Familiar e Comissão de Constituição e Justiça. Por fim, o aludido Projeto ficou “transitando nos encaminhos do Congresso Nacional por 12 anos”, sendo aprovado em 27 de março de 2001 com muitas alterações um substitutivo do Projeto original de Paulo Delgado, que deu origem a “Lei nº10.216, sancionada pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, em 06 de abril de 2001 e regulamentada no governo seguinte pelo Presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva. Ou seja, a Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira passou por seis (6) governos para ser finalmente regulamentada” (SAÚDE MENTAL E DIGNIDADE HUMANA, 2013).

As modificações propostas durante esses doze anos de tramitação do Projeto original deixaram suas implicações no texto da Lei nº10.216/01, que passou a ter um enunciado menos radical do que o texto original apresentado nos idos de 1989. A oposição dos proprietários de hospitais e clínicas psiquiátricas à proposta original era muito forte, inclusive, o próprio trâmite de mais de uma década e a modificação de artigos do projeto original são exemplos concretos da influência política do movimento contrário à Reforma Psiquiátrica. Em relação à estrutura de atendimento psiquiátrico, dos cem mil leitos existentes na época da apresentação do Projeto de Lei federal cerca de 80 mil encontrava-se na iniciativa privada, o que configurava a chamada indústria da loucura.

Durante entrevista, Amarante comenta que a Lei nº10.216/01 promoveu menos mudanças do que o Projeto original de Paulo Delgado, que mesmo em tramitação inspirou a criação de diversas leis estaduais sobre a reorientação da assistência e dos serviços psiquiátricos. Nessa perspectiva, “a Lei nº10.216/01 que acabou substituindo o Projeto inicial, não fala em acabar com os manicômios: estabelece apenas que não se pode ter mais instituições com características asilares, e não define o que é asilo. Todo local que se baseia na exclusão tutelada é um asilo?”, questiona Amarante. Este também critica a regulamentação da internação psiquiátrica que, segundo a Lei, está dividida em três tipos: voluntária, quando o paciente assina um documento e aceita a internação; a involuntária, quando julgada necessária pelo médico; e a compulsória, decidida pela Justiça quando a pessoa comete algum delito justificado por um transtorno mental severo. Para o referido autor há uma contradição gritante nessa classificação. Por um lado, caso uma pessoa esteja em crise e aceite ser internada é porque ela tem lucidez e capacidade para entender que está doente. Por outro lado, se a pessoa não aceita, é internada involuntariamente. Ou seja, de qualquer forma há internação. A diferença é que, quando involuntária, o médico precisa avisar ao Ministério Público Federal em 72 horas, conforme o §7º da Lei (RADIS, 2005).

Além disso, na internação involuntária temos um conflito de princípios. O princípio de proteção do paciente e da sociedade entra em choque com o princípio da liberdade. Na medida em que o paciente é um perigo para si ou para outros, ou sendo ele incapaz de se cuidar, consideram-se, nesses casos, o melhor interesse e a periculosidade. Este último critério não é certamente o mais adequado, mas ainda tem sido utilizado na prática (BOTEGA; TURATO, 2006).

Em suma, a nova legislação não trouxe o objetivo principal e radical do Projeto de Lei de Paulo Delgado, que visava extinguir os manicômios. A Lei nº10.216/01 permite a existência do hospital psiquiátrico como recurso de tratamento, pois entre os Artigos 4º e 10º são definidos e regulamentados os tipos de internação supracitados. Sendo vedadas internações em instituições com características asilares, desprovidas de recursos e que não assegurem aos pacientes os direitos do § único do artigo 2º.

Apesar da tessitura de todas as críticas à Lei nº10.216/01, não podemos negar que ela representou uma conquista singular de anos de luta no tocante à inclusão social do sujeito com transtorno mental, gerando modificações no âmbito da assistência psiquiátrica no Brasil. Os artigos 1º e 2º apresentam os direitos do sujeito com transtorno mental de: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo nas informações prestadas; ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o número maior de informação respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. No artigo 3º encontramos a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, na assistência e promoção de ações e serviços, com a devida participação da comunidade e da família (BRASIL, 2001c).

Com base no entendimento de Ronald Dworkin (2002), precisamos levar os direitos a sério na contemporaneidade. Para tanto, devemos procurar fazer uma interpretação mais política da Lei nº10.216/01, que foi elaborada com base nos direitos humanos. Nesse caso, ela precisa ser mais operacionalizada em sintonia com os princípios do direito humano à saúde mental que tem proteção internacional reconhecida pelo direito interno. Uma interpretação mais política da referida Lei pelo lado dos direitos humanos

exige a continuação das ações dos movimentos sociais, da boa vontade do Executivo, de denúncias bem articuladas e decisões fundamentadas cada vez mais nos padrões de proteção dos direitos humanos, nas decisões interamericanas sobre saúde mental, na Constituição e na própria Lei nº10.216/01.

2.5 Rumo aos “avanços” da Reforma Psiquiátrica Brasileira ou a uma condenação?

No dia 10 de novembro de 1999 foi aprovada a Lei nº9.867, que passou a dispor sobre a criação e o funcionamento das Cooperativas Sociais, visando a integração social do sujeito com transtorno mental pelo trabalho no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Esta parceria entre saúde mental e economia solidária visa garantir o direito ao trabalho que envolve a construção de contratualidade, de protagonismo e de um novo lugar social para os sujeitos com transtornos mentais no mercado. A efetivação dessa Lei ainda hoje enfrenta desafios, pois envolve questões complexas que precisam de uma ampla articulação entre os mais diversos setores sociais, para que a implementação de novos empreendimentos econômicos solidários e inclusivos possam intervir concretamente na vida das pessoas com transtorno mental (BRASIL, 2007f).

É nesse contexto de mudanças, de redemocratização e de reformas (sanitária e psiquiátrica) e de estratégias para consolidação da Reforma Psiquiátrica no País, que ocorreu várias mortes dentro de instituições psiquiátricas brasileiras. Diante de sérias denúncias (como a da morte de um sujeito com transtorno mental na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral-Ce, em 1999, que foi denunciada a órgãos internacionais), em junho de 2000, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados realizou a I Caravana Nacional de Direitos Humanos – Uma Amostra da Realidade Manicomial Brasileira. A referida *Caravana* foi encerrada, indicando a necessidade de mudanças urgentes e fazendo recomendações ao Governo federal, Governos estaduais e Assembleias Legislativas (PROCESSO INTERNACIONAL, CONTESTAÇÃO, BRASIL, CASO XIMENES LOPES nº12.237/065, 2005)³².

Em 2000 foi realizado também o VI Encontro de Usuários e Familiares, em Goiânia. E, em 2001 perversas mortes foram denunciadas no livro “A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil”, organizado pelo ex-conselheiro e ex-vice-presidente do Conselho Federal de Psicologia, Marcus Vinícius de Oliveira. A coletânea de casos de mortes em hospitais psiquiátricos ocorridos entre 1992 e 2001 gerou

³²A partir de agora a referência PROCESSO INTERNACIONAL, CONTESTAÇÃO, BRASIL, CASO XIMENES LOPES, 2005 será abreviada para PICBCXL, 2005 dentro do corpo dessa dissertação.

profunda indignação na sociedade civil por conta do alcance da crueldade das instituições psiquiátricas de natureza manicomial. Porém, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) foi contra o conteúdo das denúncias, movendo um Processo Judicial contra o organizador do referido livro, no qual o acusava de estar “sistematicamente difamando e caluniando os hospitais psiquiátricos brasileiros, seus dirigentes e demais profissionais, através de publicações oficiais do Conselho Federal de Psicologia (CFP), artigos publicados em revistas e em entrevistas atribuindo a todos, entre outras mazelas que o hospital psiquiátrico é uma instituição sinistra onde ocorreriam torturas e assassinatos”. O processo, que tramitava desde 2002, tinha iniciado após a publicação do livro “A Instituição Sinistra”, organizado por Marcus Vinicius Oliveira que, à época, era vice-presidente do CFP.

Na primeira instância judicial decidida em 2009, Marcus Vinicius obteve ganho de causa, no processo movido pela FBH. Na Sentença, o juiz Egas Moniz Barreto de Aragão avaliou improcedente o pedido da FBH. O juiz decide que “não há na conduta do réu (Marcus Vinicius Oliveira) ilicitude que justifique uma reparação de caráter punitivo e pedagógico em favor da autora (FBH), a título de dano moral ser obtida através do judiciário e condena a autora ao pagamento das custas processuais e honorários de advogado”. O juiz postula também que “o que não deve - e não pode - é que esta censura à posição defendida pelo réu (Marcus Vinicius Oliveira) seja chancelada pelo Poder Judiciário como ofensiva à autora (FBH) e aos seus associados, para daí tirarem vantagem financeira. Como pode ser visto dos autos, através das peças trazidas pelas partes, a posição adotada pelo réu é também adotada por outros profissionais - médicos psiquiatras ou psicólogos. O réu apenas fez diversas denúncias, reportando-se a diversos pesquisadores, na tentativa de ser prestigiado seu ponto de vista”³³.

Em 2001, a OMS declarou que este fosse considerado o Ano Internacional de Saúde Mental, tendo em vista as denúncias (como as feitas no livro “A Instituição Sinistra”) de violações dos direitos humanos sem hospitais psiquiátricos de diversos países. Assim, a data do dia 7 de abril em que se comemora o Dia Mundial da Saúde teve no referido ano o seguinte lema: “Saúde Mental: cuidar sim; excluir não!” por determinação da OMS. No aludido ano também ocorreu o V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, sediado em Miguel Pereira. Neste mesmo ano como já foi apresentado anteriormente, o Brasil finalmente aprovou a Lei nº 10.216/01, conhecida como “Lei de Reforma Psiquiátrica” ou “Lei Paulo Delgado” que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

³³Fonte: Notícias do Conselho Federal de Psicologia - www.pol.org.br

Esta lei é fruto de uma antiga aspiração dos movimentos sociais em defesa da Reforma Psiquiátrica e de recorrente proposta legislativa discutida nas conferências nacionais de saúde mental durante décadas.

Com a sanção da Lei nº 10.216 em dia 6 de abril de 2001 foi realizado no dia 23 de novembro do mesmo ano, o Seminário Direito à Saúde Mental – regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. Neste seminário, vários especialistas debateram a implementação das novas regras no campo da saúde mental.

Nos dias 11, 12, 13 e 15 de dezembro de 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, que também enfocou o lema: “Cuidar sim, Excluir não”. Esse evento resultou em um foro privilegiado, no qual se discutiu os rumos da política nacional de saúde mental, com foco nos seguintes pontos: o financiamento das ações de saúde mental; a fiscalização do parque hospitalar psiquiátrico; o ritmo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares; a criação de novas estruturas de suporte à desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de internação e a formação de recursos humanos para as novas estruturas de atenção em saúde mental (BRASIL, 2001g).

Segundo o Relatório Final desta Conferência, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem o direito e a cidadania como elementos fundamentais para operacionalização de suas propostas. Por conta disso, a Reforma vem preocupando-se com a deterioração da qualidade de vida, da marginalização crescente de grandes contingentes populacionais e da exacerbção das diferenças entre ricos e pobres, frutos da economia neoliberal concomitante ao processo de globalização. A partir de tais preocupações, o movimento reformista tem buscado lutar pela reabilitação psicossocial das pessoas que apresentam transtornos mentais, mediante princípios como respeito e recontextualização das suas diferenças, preservação de sua identidade e cidadania. Para que o processo de reabilitação psicossocial aconteça com a participação ativa no tratamento por parte dos familiares e responsáveis, horizontalidade nas relações, multiprofissionalidade com interdisciplinaridade, para transformação do hospitalismo e a dependência em desinstitucionalização e autonomia. Nesse caso, o relatório aponta que o desafio da construção da cidadania não se coloca mais como o de desbravar o lugar do louco na sociedade, mas de traçar grandes e pequenas estratégias para a construção de uma sociedade inclusiva e democrática, que para nossa pesquisa compreende a uma política

onde a prática psiquiátrica seja livre de qualquer forma de banimento da condição humana (AGAMBEN, 2004a).

Em 30 de maio de 2003 aconteceu o Congresso Brasileiro de Psicologia, em João Pessoa, na ocasião foi aberta uma Mesa Redonda para se discutir a mortalidade hospitalar psiquiátrica brasileira. Um dos participantes do evento destacou que a ideia de dignidade e a integridade moral e física dos sujeitos com transtornos mentais internados nos hospitais psiquiátricos brasileiros seguia até essa época sem um controle e regulamentação a contento pelo Estado, ao ponto deste não conseguir impedir ou punir atos violentos contra pessoas internadas nestes estabelecimentos para onde são levadas pela esperança de receberem um atendimento adequado as suas necessidades. Na ocasião, citaram o caso de Sandro e outros relatados no livro “Instituição Sinistra”. Sandro veio a óbito amarrado a um leito de um hospital psiquiátrico, particular conveniado ao SUS, em Caicó, Rio Grande do Norte, em 17 de julho de 2002, vítima de incêndio, supostamente provocado por ele próprio, e onde essa suposição dos donos do hospital foi refutada pelo laudo da polícia do Rio Grande do Norte, estado vizinho ao Ceará, na região Nordeste do Brasil. A polícia afirmou ter sido decorrente de incêndio criminoso a morte de Sandro Fragoso. O Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde (à época), Dr. Pedro Gabriel Delgado, anunciou que o hospital onde Sandro Fragoso foi morto iria ser fechado de acordo com o Programa de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). Ao mesmo tempo foi questionado durante a referida Mesa Redonda, o fato deste e outros hospitais continuarem em 2003 recebendo pessoas, mediante convênio com SUS mesmo tendo apresentado anteriores irregularidades e inadequação às normas vigentes (PROCESSO INTERNACIONAL, PETIÇÃO, DAMIÃO XIMENES LOPES, BRASIL, pp.40-41, 2003)³⁴.

Certamente, tal fato acontecia porque o Governo enfrentava em 2003 dificuldades de implementação das Portarias nº251/02, Gabinete do Ministro e nº77/02 da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que reorganizava a classificação e o financiamento dos hospitais psiquiátricos de acordo com PNASH, apesar das mesmas já terem sido aprovadas na época pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 318/02, que foi disponibilizada no site dos donos de Hospitais (www.sindhosp.com.br), após tentativa de suspensão dos efeitos das avaliações do PNASH por parte dos representantes da rede hospitalar brasileira. A prova destas dificuldades pode ser encontrada no fato de

³⁴A partir de agora a referência PROCESSO INTERNACIONAL, PETIÇÃO, DAMIÃO XIMENES LOPES, BRASIL, 2003 dentro dessa dissertação será abreviada para PIPDXLB, 2003.

hospitais sem classificação no PNASH, que deveriam em 2003 ter saído do sistema imediatamente pelas condições de funcionamento continuar funcionando normalmente e conveniados com SUS, à época (PIPDXLB, 2003, p. 40-41).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi também uma forte ferramenta de controle social do SUS, pois em 2002 o Ministério da Saúde criou o já citado Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos (PNASH) pela Portaria nº 251/02, que dispôs sobre as diretrizes e princípios normativos para a assistência hospitalar em saúde mental, reclassificando os hospitais psiquiátricos ainda existentes de acordo com os parâmetros de fiscalização do referido Programa. Foi criada também a Portaria nº 336/02 que atualizou a Portaria nº 224/92 ao regulamentar o funcionamento dos CAPS, que passaram a ser um dos equipamentos fundamentais do modelo assistencial de saúde mental de base territorial e aberto. Na referida Conferência foi aprovada uma moção para o fim do uso de eletrochoques no tratamento de pessoas com transtornos mentais, em conformidade com a Carta de Direitos e Deveres dos Usuários, criada em 1993 (AMARANTE, 2003d).

No âmbito da história da saúde mental brasileira somente em 1990, após a instituição do SUS que iniciativas mais concretas de Reforma Psiquiátrica no Brasil foram iniciadas. Surgem, a partir daí, um conjunto de iniciativas governamentais que buscavam ampliar as possibilidades de constituição de uma rede de atenção psicossocial de base comunitária, substitutivo do modelo centrado na internação hospitalar (PICBCXL, 2005).

Em 2000, foram realizadas 20 vistorias em instituições manicomiais de 7 Estados brasileiros, dando origem a um Relatório de visitas. O referido relatório acusou o que já era sabido – a existência de um modelo ainda anacrônico de atenção em saúde mental no Brasil – e concluiu indicando a necessidade de radicais mudanças no setor da saúde mental. Diante deste resultado foi criado em 2002 o já mencionado PNASH, que instituiu regras objetivas de avaliação, vistoria e qualificação dos serviços de internação psiquiátrica, permitindo que um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e de respeito aos direitos humanos dos sujeitos com transtornos mentais fossem retirados do sistema, sem, contudo, acarretar redução da assistência (PICBCXL, 2005).

Segundo o Ministro da Saúde (à época) Humberto Costa, em 2003, cerca de 15 mil pessoas (30% do total de pessoas que se internavam) estavam totalmente institucionalizada ou morando em hospitais psiquiátricos (PIPDXLB, 2003, p. 39-40).

No âmbito do processo de avaliação do PNASH, a rede hospitalar psiquiátrica passou a ser analisada em sua estrutura física; na dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares; na dimensão qualitativa do processo de tratamento psiquiátrico e na inserção da instituição hospitalar à rede regional de atenção à saúde mental (PICBCXL, 2005). Com o processamento dos resultados dessas análises, os hospitais foram sendo classificados como:

- 1º) aquele que obtêm pontuação acima de 81% têm direito a receber incentivo financeiro público pela qualidade da assistência;
- 2º) aqueles que obtêm pontuação entre 61% e 80% são considerados satisfatórios, podendo prestar assistência ao SUS;
- 3º) aqueles que obtêm pontuação entre 40% e 61% são exigidas adequações a serem feitas num prazo de 90 dias da avaliação; e
- 4º) aqueles que obtêm pontuação abaixo de 40% (o que significa péssima qualidade da assistência) são encaminhados pelo Ministério da Saúde para descredenciamento (PICBCXL, 2005, p. 45).

Depois desta avaliação os hospitais psiquiátricos passam por um processo de normatização em que para classificar-se na rede do SUS devem atingir a pontuação mínima de 61%, dentro dos critérios apontados pelo PNASH. Tal avaliação visa a redução ordenada do número de hospitais de maior porte, assim considerados, inicialmente, aqueles acima de 400 leitos. Todas estas mudanças foram criadas para gradativa substituição do modelo hospitalar de atendimento por um modelo assistencial de saúde mental de base territorial, comunitário e aberto (PICBCXL, 2005).

O primeiro desdobramento disso é que os serviços passam a ter como requisito básico a marca das “portas abertas”, privilegiando a inserção dos usuários fora do [hospital psiquiátrico] [...], a sua circulação no espaço exterior. Poderemos destacar também o trabalho de desinstitucionalização como contendo dois vieses: um que remeteria a sua isenção no território; o outro diria respeito às perspectivas que a liberdade traria ao próprio sujeito, resgatando sua iniciativa, sua singularidade (FERREIRA, PADILHA; STAROSKY, 2010a, p.133).

Em 2004 os resultados do PNSASH impulsionaram a política de desinstitucionalização, pois o Programa conseguiu vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do País, representando um dispositivo fundamental para a indução efetivação da política de redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria. Ainda no referido ano foi criado Programa de Reestruturação Hospitalar (PRH) do SUS que veio aperfeiçoar e colaborar com o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos (PNASH) (PICBCXL, 2005).

Cabe salientar que o PNASH não pontua somente a avaliação técnica, mas também o nível de satisfação do usuário através de entrevistas. Assim, cada hospital psiquiátrico é minuciosamente avaliado, por equipe multidisciplinar, composta por técnicos da

Coordenação de Saúde do Ministério da Saúde, da Vigilância Sanitária e controle e avaliação, do Estado e dos Municípios em gestão plena. Participam complementarmente da avaliação, representantes dos Conselhos, Associações e Comissões de Saúde Mental (PICBCXL, 2005).

Entre maio e julho de 2002, foram realizadas 303 vistorias, das quais 244 em hospitais psiquiátricos e 59 em unidades psiquiátricas de hospitais gerais com mais de 600 leitos. Nas vistorias realizadas, um percentual de apenas 22% do total de hospitais obteve pontuação entre 40% e 61%. Os outros 78%, ou seja, 189 hospitais psiquiátricos obtiveram pontuação acima de 61%. Os 54 hospitais que tiveram pontuação abaixo do mínimo exigido foram novamente vistoriados e, após período de 90 dias, todos haviam realizado adequações exigidas pelo PNASH, atingindo o índice mínimo de 61%. Oito hospitais, que obtiveram índice inferior a 40%, foram encaminhados para o descredenciamento (PICBCXL, 2005).

Nesta conjuntura, os resultados do PNASH de 2002 preocupavam as autoridades governamentais. Tais resultados também foram citados no Jornal do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, na edição 82/2002, onde há referência ao uso indiscriminado de eletrochoque, corte de fornecimento de água e luz a partir das 17 horas em hospitais psiquiátricos, banhos coletivos com mangueira, realização de psicocirurgias, e outras tantas denúncias, que ao final resultaram em uma nova classificação dos hospitais psiquiátricos onde alguns saíam do SUS, por inadequações diversas. Este resultado consta na Portaria nº 1.001 de 20 de dezembro de 2002, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (PIPDXLB, 2003, p. 39-40).

Em complemento às medidas referentes à vitória e fiscalização do parque hospitalar especializado em psiquiatria do SUS, foi publicada a Portaria/SAS nº2391, de 26/12/2002, a qual regulamenta o controle das Internações Psiquiátricas Involuntárias (IPI) e Internações Psiquiátricas Voluntárias (IPV), bem como os procedimentos de comunicação das mesmas ao Ministério Público. O referido instrumento define que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotadas todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial (PICBCXL, 2005).

Após três anos de vigência o PNASH conseguiu vistoriar a totalidade dos hospitais psiquiátricos do País, bem como os leitos e unidades psiquiátricas em hospital geral, representando um dispositivo fundamental para a indução e efetivação da política de

redução de leitos psiquiátricos e melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria (PICBCXL, 2005).

Ressalta-se, por oportuno, que o Ministério da Saúde acompanhou diretamente o processo de revistorias nos hospitais psiquiátricos que obtiveram nota entre 40% e 60%, tendo a União ajuizado medida cautelar com pedido de intervenção nos hospitais que obtiveram pontuação abaixo de 40% no PNSAH/Psiquiatria 2003-2004 e naqueles que não haviam sido fechados desde a indicação de descredenciamento no PNSAH 2002 (PICBCXL, 2005).

No ano de 2004 foi implantado o Programa de Reestruturação Hospitalar (PRH) do SUS que teve o grande mérito de aperfeiçoar o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos (PNASH) no que se refere ao seu instrumento técnico de avaliação. Da mesma forma que o PNASH/Psiquiatria, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004 foi sendo construído com a participação de gestores públicos estaduais e municipais, bem como prestadores de serviços privados e filantrópicos, objetivando a reorganização da rede de assistência hospitalar psiquiátrica, na direção da redução de leitos e da melhoria da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos (PICBCXL, 2005).

Dois eixos, portanto, nortearam o desenho do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica: a necessidade de estabelecer uma planificação racional dos investimentos financeiros do SUS no sistema hospitalar psiquiátrico e na rede de atenção psicossocial; e a urgência de se estabelecerem critérios racionais para a reestruturação do financiamento e remuneração dos procedimentos de atendimento em hospital psiquiátrico, com recomposição das diárias hospitalares vigentes (PICBCXL, 2005).

Neste sentido, com o propósito de reduzir os leitos psiquiátricos, foi assinado um Termo de Compromisso e Ajustamento entre os gestores estaduais e municipais e seus prestadores de serviço. Nesse Termo coube aos gestores:

- a) Fazer levantamento do perfil clínico e psicossocial dos pacientes e serem desinstitucionalizados;
- b) Zelar pela continuidade de cuidados em Saúde Mental, em programas extra-hospitalares, para os pacientes egressos das internações;
- c) Garantir no processo de desinstitucionalização dos pacientes e encaminhamento de benefícios ao Programa de Volta para Casa;

- d) Apresentar ao Conselho Municipal de Saúde informações sobre o desenvolvimento contínuo das ações previstas no Plano de Saúde Mental realizadas pelo Município;
- e) Articular-se com a Coordenação Estadual de Saúde Mental para o acompanhamento do Programa;
- f) Assumir a organização e gestão da porta de entrada das internações psiquiátricas no município;
- g) Utilizar os recursos oriundos nos tetos financeiros municipais, para as ações e serviços de saúde mental, como a expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (sobretudo CAPS III nos municípios acima de 200.000 mil habitantes), dos Serviços Residenciais Terapêuticos e das ações de Saúde Mental na Atenção Básica (PICBCXL, 2005).

Atribuiu-se, por outro lado, aos prestadores de serviço as seguintes responsabilidades:

- a. Cumprir o prazo de reduções de leitos, garantindo o apoio às ações de desinstitucionalização dos pacientes internados;
- b. Colaborar no levantamento do perfil clínico e psicossocial dos pacientes internados e no contato com os familiares destes pacientes;
- c. Priorizar as reduções de leitos destinados a pacientes e longa permanência, garantindo que estas reduções se darão desde que tenha sido garantido o atendimento destas pessoas na rede extra-hospitalar do município onde se localiza o hospital ou do município de origem do paciente;
- d. Reduzir o tempo médio de internação dos pacientes de forma a evitar a cronificação decorrente de internações de longa duração;
- e. Assegurar a manutenção do adequado perfil de recursos humanos do hospital, conforme definido nas portarias ministeriais (PICBCXL, 2005).

Em setembro de 2004, em decorrência dos resultados apurados pelo PNASH e da implantação do Programa de Reestruturação Hospitalar acima descrito, o Ministério da Saúde decidiu iniciar um processo de intervenção naqueles hospitais em piores condições de funcionamento (PICBCXL, 2005).

Para tanto, foi dado maior ênfase aos Centros de Atenção Psicossociais, mais conhecidos por CAPS, que formam parte da nova rede comunitária de atenção extra-hospitalar à saúde mental, sendo classificados de acordo a especificidades de sua clientela. Com a criação das Portarias do Ministério da Saúde nº 189/91 e nº 224/92, os CAPS

foram instituídos como novos equipamentos de atenção em saúde mental. Por conta dos avanços da reforma sanitária e psiquiátrica, o referido Ministério criou a Portaria nº336/02 que classificou os CAPS em 05 tipos dentro do disposto no conteúdo da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS /2001, em relação ao quantitativo populacional e quanto a especificidade de sua clientela, conforme destaca-se a seguir:

- CAPS I – é um serviço de atenção psicossocial, já existente em vários municípios e regiões com 20 a 70 mil habitantes, funcionando das 8 às 18, em dois dias noturnos durante os cinco dias da semana. A estrutura e a equipe são pequenas, bem como a quantidade de pacientes para atendimento;

- CAPS II – possui uma estrutura um pouco maior, com capacidade operacional para atender a um número maior de pacientes nas cidades entre 70 e 200 mil habitantes. Cerca de 60% dos centros de atenção psicossocial têm estrutura de CAPS II. Este dispositivo funciona das 8 às 18, em dois dias noturnos durante os cinco dias da semana, podendo adotar um terceiro turno até 21 horas;

- CAPS III – é um serviço de atenção psicossocial para Municípios com população acima de 200.000 habitantes, constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção continuada. Este equipamento funciona 24 horas, inclusive nos feriados e finais de semana;

- CAPS i II – Este dispositivo é destinado ao atendimento de crianças e adolescentes portadoras de transtornos mentais, constituído-se em referência para uma população com 200.000 habitantes ou outro parâmetro a ser definido pelo gestor local, atendendo requisitos epidemiológicos;

- CAPS ad II – destinado ao atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 70.000, funcionando das 6 às 18 horas, em dois dias noturnos durante os cinco dias da semana, podendo adotar um terceiro turno até 21 horas (PICBCXL, 2005).

Observa-se que as modalidades de atendimento fornecidas pelos CAPS relacionam-se com três configurações diversas do projeto terapêutico. Assim, classificam-se os pacientes em regime de atendimento intensivo como aqueles que se encontram em situação de crise aguda, necessitando de um acompanhamento intensivo, sistemático, diário. Tipicamente, é o paciente que se apresenta no Centro de Atenção Psicossocial pela manhã, acompanhado de familiares e retorna a casa apenas no final da tarde. Se necessário, é atendido também através de visitas e atendimento domiciliares, sendo necessário o

recurso à internação apenas quando a situação do acompanhamento no próprio CAPS se torna insuficiente para o seu cuidado em situação de crise (PICBCXL, 2005).

Por sua vez, os pacientes em regime de atendimento semi-intensivo são pacientes que necessitam de um cuidado menor, devendo frequentar o serviço apenas uma ou duas vezes por semana. Os pacientes em regime de atendimento não-intensivo são aqueles pacientes que marcam atendimento de acordo com as suas necessidades, poucas vezes ao mês. Há uma clara diferença do ambulatório tradicional, porque esses pacientes não-intensivos podem também ser atendidos em consultas domiciliar, quando não for possível o deslocamento de suas casas até o serviço. Esses três tipos de projetos terapêuticos expressam, portanto, as necessidades e desenhos possíveis do cotidiano da clínica e ocorrem nos vários CAPS, independentemente de seu porte e especificidade do serviço (PICBCXL, 2005).

Para Amarante (2003d), os CAPS passaram a ser equipamentos ordenadores e a porta de entrada da rede territorial de atenção em saúde mental. E, de acordo com o Ministério da Saúde, estes novos equipamentos visam prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários mediante ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.

Segundo esta perspectiva, os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Ao final de 2003, o Brasil já alcançava a marca CAPS 500 e, ao final de 2004, a marca do CAPS 600. Esses números expressivos refletem, sobretudo, o compromisso do Governo com o reforço da estratégia de consolidação de uma rede de atenção à saúde mental de base territorial. Registra-se que em 2005 quase todos os estados brasileiros já tinham CAPS (PICBCXL, 2005).

Em junho de 2004 foi realizado o I Congresso Brasileiro de CAPS, com a participação intensa de mais de 1.500 pessoas. E, os CAPS passaram a ser financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) (PICBCXL, 2005).

De acordo com dados da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, existiam em 2005 cerca de 660 CAPs (235 do tipo I, 246 do tipo II, 29 do tipo III, 51 CAPs infantis e 89 CAPsAd), 320 módulos de residências terapêuticas, 1.970 leitos em hospital geral, centenas de equipes do Programa de Saúde da Família treinadas para atendimento em saúde mental, com apoio de cerca de 300 programas de geração de renda e inclusão pelo trabalho (RADIS, 2005).

Em 2005, o Ministério da Saúde divulgou que havia no Brasil mais de 10.000 profissionais trabalhando nos CAPS, inclusive, o próprio governo sugeriu também uma reavaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que possibilitou debater os novos rumos das políticas públicas de saúde mental e o estado da arte do tratamento dos transtornos mentais. Enfim, o referido ano representou momentos de reforço e avanço no processo de efetivação da Reforma Psiquiátrica brasileira, cujo Ministério da Saúde demonstrou priorizar mais a Saúde Mental, principalmente, no referido ano (BRASIL, 2006).

Nota-se, portanto, que em 2005 o processo de expansão da rede extra-hospitalar de base comunitária foi seguindo em frente, tendo também implementado o Programa De Volta Para Casa, que permite aos internos de longa permanência em hospitais psiquiátricos contar com um programa de suporte social que visava potencializar seu processo de alta hospitalar e reintegração social (PICBCXL, 2005).

Podiam ser beneficiário do Programa De Volta Para Casa:

a) Pessoas acometidas de transtornos mentais egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH-SUS, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, quando a situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social desenvolvido pelo município;

b) pessoas por um igual período de internação, pessoas inseridas em medidas caracterizadas como serviços residenciais terapêuticos ou egressas de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (PICBCXL, 2005).

É importante ressaltar que todos os beneficiários deviam possuir condições clínicas e sociais que não justifiquem a permanência em ambiente hospitalar. Para uma efetiva implantação do programa De Volta Para Casa, o Ministério da Saúde iniciou o pagamento de auxílio-reabilitação psicossocial, ainda, em 2003 e, ao final de 2004, quase 1.000 pacientes já estavam recebendo o benefício. A meta para 2005 era que outros 1.000 pacientes fossem incluídos e pudesse voltar para suas casas. A criação do auxílio-reabilitação psicossocial é, portanto, uma ação que representou uma sinalização oficial do

Governo brasileiro no investimento e fortalecimento da política de Saúde Mental, beneficiando diretamente e indiretamente a todos os sujeitos com transtornos psiquiátricos e seus respectivos familiares (PICBCXL, 2005).

Indicativo da importância e repercussão internacional deste Programa foram os cumprimentos enviados pelo Diretor do Departamento de Saúde da Organização Mundial de Saúde e votos de continuidade da iniciativa com subsequente convite ao Ministro de Estado da Saúde (à época), Dr. Humberto Costa, para que apresentasse o Programa brasileiro De Volta Para Casa no Encontro Focal de Saúde Mental ocorrido durante a Assembleia Mundial de Saúde, em maio de 2003 (PICBCXL, 2005).

No período entre 2003 e 2006 também foram criados os centros de convivência e cultura como dispositivos públicos que passou a compor a rede de atenção substitutiva em saúde mental, oferecendo as pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade. O valor estratégico e a vocação destes centros para efetivar a inclusão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura não são, portanto, equipamentos assistenciais e tampouco realizam atendimento médico ou terapêutico. São dispositivos públicos que se oferece para a pessoa com transtorno mental e para o seu território como espaço de articulação com a vida cotidiana e a cultura (BRASIL, 2007).

Outro empreendimento importante do governo brasileiro foi a ampliação do Programa de Residências Terapêuticas, iniciativa pública para criar possibilidades de cuidados e de vida para pacientes com longos tempos de permanência em regime de internação hospitalar e que não possuem casa ou família ou, cujos parentes, não oferecem condições minimamente adequadas de cuidado (PICBCXL, 2005).

As residências terapêuticas consistem em casas localizadas no espaço urbano para atender as necessidades de moradia de sujeitos com transtornos mentais graves. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um grupo máximo de 8 pessoas, que deverão contar sempre com profissionais sensível às demandas e necessidades de cada um (PICBCXL, 2005).

Para o pleno alcance do seu potencial terapêutico, os dispositivos residenciais contaram também com a retaguarda das equipes dos serviços de atenção diária como os CAPS, os ambulatórios de saúde mental e as equipes de saúde mental de base territorial (PICBCXL, 2005).

Ao final de 2004, já existiam 265 residências terapêuticas em funcionamento no país, sendo que o governo continuou buscando aumentar significativamente este modelo

de hospitalidade de modo a permitir que um número cada vez maior de usuários tenha a chance de resgatar seus espaços, temporalidades e vínculos interpessoais cotidianos (PICBCXL, 2005).

Segundo Pedro Gabriel Delgado um indicador importante nesse contexto diz respeito ao financiamento do SUS para a saúde mental: em 1997, 93, 14% dos recursos remuneravam internações psiquiátricas, sobrando um resíduo de 6,8% para o sistema extra-hospitalar; ao fim de 2004, os percentuais eram de 63,86% e 36,16%, respectivamente. Nesse caso, o dinheiro do SUS estava saindo do sistema hospitalar em direção aos serviços comunitários, ou seja, “seguindo o paciente”, como preconiza Benedetto Saraceno, Diretor de Saúde Mental da OMS (RADIS, 2005).

Passando ao sistema de gestão colegiada do sistema brasileiro de saúde, cumpre registrar que, uma das mais importantes conquistas de 2004, foi a consolidação do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental. Essa reunião, composta por coordenadores de Saúde Mental estaduais, de capitais e de municípios acima de 300.000 habitantes, deverá reunir-se, pelo menos, três vezes ao ano a fim de consolidar e reforçar a formulação da Reforma Psiquiátrica no Brasil (PICBCXL, 2005).

Para Pedro Delgado, os avanços na reforma psiquiátrica brasileira são inquestionáveis. No período de 2000 a agosto de 2005, o número de leitos em hospitais psiquiátricos convencionais (que eram de 86 mil em 1991) caiu de aproximadamente 56 mil para 42, 472, em instituições com o perfil proposto pela lei; em agosto de 2005 eram 228 hospitais psiquiátricos (313 em 1991); os 253 CAPs de 2000 eram 660 em agosto de 2005; e as Residências Terapêuticas passaram de menos de 50 em 2000 para 320 em 2005. Segundo o referido autor, há uma rede de atenção psicossocial de base comunitária, de âmbito nacional, que ampliou “radicalmente”, o acesso ao atendimento dos sujeitos com transtornos mentais (RADIS, 2005).

A preocupação com novos rumos da política nacional de saúde mental parecia que finalmente tinha alcançado os representantes do Ministério da Saúde, que durante muito tempo foram indiferentes ao universo de conservação do hospital psiquiátrico. No dia 16 de março de 2005, o Brasil informou à Corte IDH que

[...] no final de 2005, pretende o Brasil realizar conjuntamente com a Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde, evento internacional em comemoração aos 15 anos da histórica Conferência de Caracas. Tal evento deverá fazer um balanço dos avanços obtido nos processos de reforma psiquiátrica, bem como apontar dilemas e embates do presente e do futuro para garantia de uma atenção humanizada em saúde mental. A escolha do Brasil como sede do evento espelha, principalmente, o reconhecimento por parte da comunidade internacional do empenho do governo brasileiro em

consolidar um modelo de atenção em saúde mental que assegure os direitos humanos e a cidadania dos portadores de transtornos mentais (PICBCXL, 2005, p. 55).

No final de 2005, o Brasil, de fato realizou o seminário internacional intitulado Saúde Mental: 15 anos da Declaração de Caracas. O evento aconteceu em parceria com a OMS e a OPAS, em comemoração aos quinze anos da histórica Conferência de Caracas, de 1990, que organizou as diretivas de reestruturação psiquiátricas na região das Américas. A realização deste evento levou o governo brasileiro a ser reconhecido pela comunidade internacional como um governo que vem tentando consolidar um modelo de atenção em saúde mental, pautando suas ações na defesa dos direitos humanos e da cidadania dos sujeitos com transtornos mentais. Depois da realização do referido seminário tanto a OMS como a OPAS passaram a reconhecer os avanços do atendimento de saúde mental no Brasil (PROCESSO INTERNACIONAL, ALEGAÇÕES FINAIS, BRASIL, CASO DAMIÃO XIMENES, p.6, 2006)³⁵.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 1996 destacavam-se 72.514 leitos em hospitais psiquiátricos e 154 CAPS no Brasil. Até maio de 2006, o referido número de leitos em hospitais psiquiátricos sofreu redução para 40.942, e o número de CAPS subiu para 840 (BRASIL, 2006h).

Alguma coisa de extraordinário parecia estar acontecendo para o Estado contribuir tanto nos últimos anos com a implementação da Reforma Psiquiátrica, que vinha desde o final da década de 70 tentando ser levada a sério, bem como reconhecer antigas aspirações e propostas legislativas idealizadas pelos movimentos sociais em defesa de Uma Sociedade Sem Manicômios. Para compreender este fato extraordinário já anunciado anteriormente nessa dissertação (por meio de curtos comentários e título de uma notícia jornalística) é necessário retomar, mais uma vez, às denúncias de mortes em hospitais psiquiátricos brasileiros do período de 1992 a 2001. Como já comentamos foi publicado em 2001 o livro “A instituição Sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil”, cuja coletânea apresenta denúncias de crimes ocorridos no interior de hospitais psiquiátricos brasileiros, no recorte temporal de 1992 a 2001. Os relatos revelam o horror e a dor vivenciada por seres humanos dentro de algumas “instituições totais” ou campos manicomial. A compilação desses crimes mostra a marca do patológico envolta pela violência institucional, o que possibilita identificarmos a morte física e simbólica de sujeitos

³⁵A partir de agora a referência PROCESSO INTERNACIONAL, ALEGAÇÕES FINAIS, BRASIL, CASO DAMIÃO XIMENES será abreviada para PIAFBCXL, 2006 dentro do corpo dessa dissertação.

com transtornos mentais, “absolutamente matáveis” (AGAMBEN, 2004a), sob a tutela do Estado. Entre as mortes denunciadas no referido livro encontra-se a de Damião Ximenes Lopes. A primeira explicação estatal para este período de atrocidade pode ser encontrada em um documento denominado Contestação, que foi enviado pelo Brasil à Corte IDH, em 16 de março de 2005, que diz o seguinte:

No desenrolar deste processo [de reorientação da assistência à saúde mental], que dependia da ação coordenada das instâncias gestoras municipais, estaduais e federal, após um período inicial de aceleração da reforma psiquiátrica entre 1990 e 1995, o sistema passou por um período de refluxo relacionado principalmente às alterações na estrutura político-gerencial do Ministério da Saúde. É neste contexto, ou seja, entre os anos de 1996 e 1999, que ocorre a morte de Damião Ximenes, que, aliada a outras circunstâncias, provoca a mobilização da sociedade civil e do Parlamento Brasileiro, que, por intermédio de sua Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados realizou em junho de 2000 a “I Caravana Nacional de Direitos Humanos – Uma Amostra da Realidade Manicomial Brasileira” [...] Alertado pela situação crítica apontada pelo Parlamento e entidades da sociedade, o Governo Federal reestrutura, então, a área da saúde do Ministério da Saúde e, a partir de 2000, amplia seus quadros funcionais e fomenta novas medidas e empreendimentos. Assim, em 2001, Ano Internacional da Saúde Mental, foi aprovada a Lei nº10.216, conhecida como “Lei de Reforma Psiquiátrica”, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Trata-se de uma antiga aspiração do movimento antimanicomial e uma recorrente proposta de conferências nacionais de saúde mental. Seu texto reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil [...] (PICBCXL, 2005, p.42-43 grifo nosso).

O Estado afirma que entre 1990 e 1995 o País vivenciou um período de “avanços” da Reforma Psiquiátrica e que no período de 1996 a 1999 o mesmo passou por um momento de grande refluxo, ou seja, retrocessos no campo da saúde mental relacionados às mudanças no corpo administrativo do Ministério da Saúde. Se entre 1992 a 2001 ocorreram mortes violentas em hospitais psiquiátricos brasileiros (conforme denúncias registradas no livro “A instituição sinistra”), conclui-se, que tais mortes ocorrem em um período de “avanços” e retrocessos reconhecidos oficialmente pelo Estado. Mas, alguma coisa aconteceu em 1999. O próprio Estado responde: “a morte de Damião Ximenes”. Este tinha tudo para ser mais um “Silva” da mortalidade hospitalar psiquiátrica brasileira, mas o Estado explica que a referida morte provocou “a mobilização da sociedade civil e do Parlamento Brasileiro” (ele só esqueceu-se de dizer que a morte mobilizou também a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (EUA)). E agora? “Não ‘é só mais um SILVA’, é DAMIÃO XIMENES LOPES!”

Nesse contexto, muitos grupos organizados questionavam as condições manicomiais e reivindicavam Justiça no Caso de Damião Ximenes Lopes. Deste modo, foram ampliados em 2000 os quadros funcionais e fomentaram novas medidas e

empreendimentos para a saúde mental. A Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados realizou sua I Caravana Nacional de Direitos Humanos para discutir a realidade manicomial brasileira, mortes em hospitais psiquiátricos e, em particular, a morte de DAMIÃO. O Estado informa que entrou em estado de alerta pelo Parlamento e pela sociedade civil. De tal modo, que talvez para prevenir futuras sanções pela morte de DAMIÃO, o Estado resolveu tirar da última gaveta do Congresso Nacional a Lei nº10.216, que completava doze anos de tramitação em 2001. Estrategicamente, essa Lei foi sancionada dia 6 de abril de 2001, ou seja, um dia antes do dia Mundial da Saúde (7 de abril), em que se comemorou por determinação da OMS a temática da Saúde Mental. Com a sanção da referida Lei, o Estado reconheceu pela primeira vez uma proposta legislativa nacional idealizada pelos militantes dos movimentos sociais em defesa da Reforma Psiquiátrica e apresentada ao Congresso em 1989 pelo ex-deputado Paulo Delgado.

Neste momento, é importante lembrar também o já citado caso Sandro Fragoso, que morreu em 2002, vítima de incêndio apontado pela polícia de Natal, Rio Grande do Norte, em um dos hospitais psiquiátricos (particular conveniado ao SUS) que não tinha obtido pontuação suficiente no PNASH para seguir credenciado ao SUS, mas que continuava funcionando em 2003. Este caso revela-se grave, pois ocorreu no mesmo período em que a assistência psiquiátrica do Brasil estava sendo vista pela Justiça internacional como uma assistência suspeita e violadora dos direitos humanos, por conta do que aconteceu com Damião Ximenes (PIPDXLB, 2003, pp.40-41).

O Brasil também enviou à Corte IDH no dia 16 de março de 2005, os seguintes documentos: Síntese de Indicadores Sociais de 2004, do IBGE; Informativo da Saúde Mental denominado “Consciência Coletiva”; Folhetos exemplificativos sobre o Programa “De Volta para Casa” e “Residências Terapêuticas; Documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre o Sistema de Saúde Mental do Brasil, acompanhados de 03 (três) disquetes; Legislação sobre Saúde Mental em vigor no país; Publicações da Revista SANARE – Revista Sobralense de Políticas Públicas; currículos de autoridades em saúde mental como Dr. José Jackson Coelho Sampaio, Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Dr. Luís Fernando Farah Tófoli, Dr. Pedro Goldinho Delgado, Dr. Geraldo Peixoto, Dr. Jurandir Freire Costa, Dr. Domingos do Nascimento Alves e Dr. Benilton Bezerra Junior; Um Manual – “Direitos Humanos – Como Apresentar Petições no Sistema Interamericano”; e várias publicações nacionais sobre as mudanças no sistema de saúde mental (PICBCXL, 2005, p. 60). No final do referido documento enviado pelo Brasil à Corte IDH, foi destacado o seguinte:

[...] à luz dos fatos acima relatados (relato detalhado de todos os avanços da saúde mental brasileira de 2000 a 2005), reiteramos a decisão firme do Estado brasileiro em integrar uma nova realidade relacionada ao cumprimento dos Direitos Humanos, sobretudo no campo da saúde mental. Reiteramos, da mesma maneira, o compromisso do Estado brasileiro em atender às recomendações feitas pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos no Relatório de Mérito nº 43/2003, para garantir que fatos similares à morte de Damião Ximenes não se repitam (PICBCXL, 2005, p. 55 grifo nosso).

Vale ressaltar, que antes do Brasil enviar comunicados à Corte IDH, outros informes foram emitidos à Comissão IDH que antecede a Corte IDH no processamento de denúncias das vítimas de violações dos direitos humanos. Por conta da denúncia internacional da morte de Damião Ximenes, em 1999, a Comissão IDH no Relatório de Mérito nº 43/2003³⁶ fez recomendações ao Estado brasileiro no campo da saúde mental, entre as recomendações constava a providência de uma pensão vitalícia para a mãe (Albertina Viana) da vítima. Assim, no dia 27 de setembro de 2004, a Comissão Permanente do Brasil junto à OEA encaminhou à Comissão um Relatório referente ao caso Damião Ximenes. Nesse Relatório, o Brasil comprova que o Estado do Ceará havia aprovado a Lei nº 13.491 de junho de 2004, a qual concedia a pensão vitalícia à mãe da vítima (PICBCXL, 2005, p. 60).

Pelas informações destacadas acima, podemos perceber o quanto Estado estava em alerta com relação às consequências (uma possível condenação internacional) que o caso ainda poderia gerar para País. A Comissão IDH considerou tardias e ainda insuficientes as medidas tomadas pelo o Brasil. A denúncia foi enviada à Corte IDH, em 2003, onde as investigações tornaram-se mais complexas por conta do risco de uma condenação internacional.

No dia 9 de janeiro de 2006, o Brasil apresentou à Corte IDH um outro documento intitulado Alegações Finais, no qual reforça os avanços da saúde mental nos seguintes termos:

A presente ação internacional está relacionada com um acontecimento infausto, ocorrido em 4 de outubro de 1999: o falecimento de um brasileiro, o Sr. Damião Ximenes Lopes, portador de sofrimento psíquico, quando aos cuidados da Casa de Repouso Guararapes, clínica privada prestadora de serviços públicos de saúde mental localizada em Sobral, Estado do Ceará [...]. Foi demonstrado que as medidas adotadas pelo Brasil para evitar a repetição das violações de direitos humanos ocorridas no caso vertente são as providências que se espera de um Estado Democrático de Direito, a saber: fechamento da clínica, persecução penal dos responsáveis diretos pela violência ao paciente, além de uma profunda reforma, verdadeira revolução do sistema de atendimento ao

³⁶No que se refere à hospitalização de Damião Ximenes Lopes em condições desumanas e degradantes, às violações a sua integridade e ao seu assassinato, a Comissão recomendou uma série de medidas para reparação das violações que Brasil veio a responder apenas em 2004 quando Comissão já tinha enviado o caso à Corte.

paciente mental – o modelo brasileiro é hoje considerado referência internacional, ante os significativos avanços obtidos nos últimos anos, com inegável incremento da dignidade e qualidade de vida dos pacientes mentais atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS. [...] está em debate a forma de tratamento dispensada pelo Estado brasileiro às pessoas portadoras de transtornos mentais, cabe destacar que o Estado demonstrou ter implementado, nos últimos anos, uma política reconhecida internacionalmente, com ênfase na não-internação e nos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Essa medida tomou por base décadas de atuação dos movimentos sociais, particularmente os de luta antimanicomiais, sendo o retrato da democratização da saúde pública brasileira. Nessa linha, a Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001, que determinou a reforma do sistema de saúde mental no Brasil, foi em grande medida orientada pela percepção de que a concepção das instituições manicomiais dava margem a violações dos direitos humanos, a exemplo das que ocorrem na Casa de Repouso Guararapes. O atual sistema prioriza o atendimento ambulatorial dos pacientes e não mais a privação de sua liberdade [...] as políticas públicas hoje adotadas no Brasil estão em perfeita consonância com os preceitos da Declaração de Caracas, da Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras com Deficiência e dos Princípios da ONU para Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental (Princípios de Saúde Mental) [...] Por fim, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, durante o seminário Saúde Mental: 15 anos da Declaração de Caracas, ocorrido no período de 7 a 9 de novembro de 2005, registram formalmente que o Brasil vem avançando substitutivamente no atendimento de saúde (vide documento juntado aos autos), podendo, portanto, ser considerado referência na matéria para toda a América Latina. Diante de todas as medidas relatadas, resta demonstrado que o retrato atual do sistema brasileiro de atendimento ao paciente mental é todo diverso daquele que se via em 1999, época dos tristes fatos que deram ensejo a esta causa. No atual cenário, não há qualquer indicativo de que o incidente envolvendo Damião Ximenes Lopes poderia repetir-se em território brasileiro. [...] é estreme de dúvidas de que o Brasil, hoje referência mundial de comprometimento com a excelência de atendimento e com o bem-estar do paciente mental, não merece nenhuma censura dessa Corte Internacional no que concerne às providências adotadas para garantir a não repetição das violações havidas no caso sub judice (PIAFBCXL, 2006, pp. 2-35).

Com base em tudo o que foi apresentado até aqui sobre os avanços no campo da saúde mental brasileira até meados de 2006, é inegável que o Estado brasileiro a partir de 2000 passou a lançar todos os seus esforços para integrar uma nova realidade relacionada ao cumprimento dos Direitos Humanos, sobretudo no campo da Saúde Mental.

A Corte IDH (San José/Costa Rica) recebeu do Brasil o registro oficial de todos os seus avanços e esforços no campo da saúde mental, conforme o destacado anteriormente. Contudo, quando investigados por esta Corte foram considerados significativos e em evolução, mas insuficientes diante dos padrões internacionais e da realidade brasileira. Além disso, o Brasil reconheceu parte de suas responsabilidades na morte de Damião Ximenes, mas alegou que por conta das últimas medidas adotadas, o país não merecia ser condenado. Com base no exposto, a referida Corte foi levada a condenar o Brasil pela morte de Damião Ximenes Lopes, no dia 4 de julho de 2006. No Jornal Diário

do Nordeste, do dia 19 de agosto de 2006 encontramos a seguinte notícia: “BRASIL CONDENADO POR CORTE INTERNACIONAL”.

Imagem7

Brasil é condenado por corte internacional



JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE 19.08.2006

FORTALEZA, CEARÁ, SÁBADO, 19 DE AGOSTO DE 2006, PÁG. 11

Fonte do documento com a imagem: **Jornal Diário do Nordeste.**

Conforme relato do Ministério da Saúde:

O Brasil foi condenado a indenizar os familiares de Damiano Ximenes, garantir celeridade na investigação e punição dos responsáveis pelo fato, além de garantir a não repetição de casos semelhantes, por meio da consolidação da mudança do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, já em curso e com resultados pela Corte. Desta experiência, e para que a morte de Damiano Ximenes Lopes ressoe em nós como uma permanente advertência em continuidade e ampliação dos princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, cabe buscar a intensificação ainda maior das medidas de proteção dos direitos humanos e de cidadania dos portadores de transtornos mentais no Brasil (BRASIL, 2007f, p.3).

Tudo o que foi exposto até aqui, convida-nos a perceber que na história da saúde mental brasileira, a Reforma Psiquiátrica começou a manifestar-se num contexto social-democrata, “avançando” (a passos lentos) com suas intervenções, sobretudo, nos últimos anos, por conta da condenação do Brasil na Corte IDH pela morte de Damiano Ximenes Lopes. Esta condenação continua a instalar novos rumos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira em nossos tempos.

Na caminhada pela operacionalização da referida Reforma encontramos: a Rede de Alternativas Psi (início dos anos 70); o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (fins dos anos 70 e início dos anos 80); o lançamento do documentário “Em nome da razão”, de Helvécio Ratton, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979; o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (fins dos anos 80 e início dos anos 90); VIII (1986) e a IX (1992) Conferência Nacional de Saúde; I (1987/Rio de Janeiro), II (1992/Brasília), III (2001/Brasília) e IV (2010/Brasília) Conferência Nacional de Saúde Mental; a Constituição de 1988; a apresentação do Projeto de Lei nº3.657 (1989) que resultou na Lei nº10.216 (2001); a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP,

em 1989; a criação do primeiro CAPS, em São Paulo, em 1987; a criação do SUS (1990); a municipalização da saúde; as Portarias do Ministério da Saúde: nº189 (1991) e nº224 (1992), que deram existência aos NAPS/CAPS; a Lei nº9.867 (1999), que dispõe sobre a criação e o funcionamento das cooperativas sociais; a intervenção na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral-Ce, em 2000; as Portarias do Ministério da Saúde: nº106 e nº1.220 (11/02/2000), que instituíram os SRT; criação do primeiro SRT do Ceará e de toda região nordeste e também o primeiro de caráter público criado no Brasil (06/07/2000); Portarias SAS nº 2.391/02 que regulamenta as internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias; Portaria nº251/02 que criou o Programa Nacional dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos; Portarias do Ministério da Saúde Nº336/02 QUE CLASSIFICA Os CAPS em 5 tipos; a criação da Rede Nacional de Internúcleos da Luta Antimanicomial (2003); Programa de Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (2004); Programa de Volta Para Casa; as denúncias nacionais e internacionais de violências, maus tratos, agressões e óbitos existentes nos hospitais psiquiátricos brasileiros e condenação do Brasil na Corte IDH pela morte de Damião Ximenes Lopes (AMARANTE, 1998a; SAMPAIO; BARROSO, 2001a; GOULART, 2008a; BARROS, 2008; SILVA, 2011; PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES, 2006).

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO CEARÁ

3.1 Perspectivas reformistas da saúde mental cearense

Sampaio e Carneiro (2007a) afirmam que a história do Ceará começou em 1603 com o processo de colonização, expandiu-se no século XIX e adquiriu características de modernidade internacionalizada na segunda metade do século XX.

Antes de falar sobre o desenvolvimento da história da saúde mental do Ceará, é importante lembrar que a trajetória da saúde mental do Brasil foi marcada por modelos “reformistas”, eleitos como válidos em diferentes épocas. Todavia, o modelo que mais predominou dentro do país foi o modelo asilar-manicomial³⁷, centrado na internação, no tratamento hospitalocêntrico e na exclusão social do sujeito com transtorno mental.

Nesta mesma perspectiva, foi construída a história da saúde mental no Ceará, cujo modelo asilar-manicomial também predominou como sendo o único dominante até 1977, quando começam a surgir, timidamente, outros modelos terapêuticos mais humanizados, sendo igualmente disseminados somente em 1991 e com maior efetivação a partir de 2000.

O primeiro hospício para alienados do Brasil foi denominado Hospício Pedro II, criado no Rio de Janeiro, em 1852, no período imperial. Este modelo institucional foi desenvolvido e ampliado para todo o território nacional. No estado do Ceará, a instituição desse mesmo gênero foi criada já no final do período imperial, ou seja, em 1886 com a inauguração do Asilo de São Vicente de Paula (ASVP), que tinha natureza asilar e tutelar, vinculado à Santa Casa de Misericórdia, pois os asilos geralmente surgiram ligados à Igreja Católica, onde monges e freiras “cuidavam” de forma leiga dos tidos como “alienados, inoportunos ou loucos”, que viviam nas ruas, nas cadeias e nos movimentos messiânicos. Nenhuma iniciativa formal de assistência psiquiátrica foi iniciada nessa época.

A primeira instituição asilar de caráter privado que surgiu no Brasil foi a Casa de Saúde Dr. Eiras, criada em 1860, no Rio de Janeiro. Todavia, esse tipo de instituição só surgiu no estado do Ceará em 1935, quando foi inaugurada a Casa de Saúde São Gerardo.

Na segunda metade do período imperial cresceu a pressão dos médicos da Academia Imperial de Medicina e da sociedade, para que o recolhimento dos “alienados, inoportunos, vagabundos, pobres ou loucos” deixasse de ser feito pelas Santas Casas de Misericórdia e passasse para as mãos de uma instituição com conotação científica, pois tais

³⁷O modelo asilar-manicomial ou hospitalocêntrico surgiu em meados do século XIX e apresenta como principal característica a internação, centrada no isolamento da sociedade.

sujeitos precisavam ser “tratados”. Assim, o Estado Imperial determinou a construção de um lugar específico para a “loucura”, que inicialmente foi chamado de hospício e depois de hospital (de alienados ou psiquiátricos) por conta da conotação científica.

Esta proposta de criação de um espaço científico socialmente possível para a loucura começou a ganhar mais respaldo com a Proclamação da República por Marechal Deodoro da Fonseca, em 1889. Na separação entre Estado e Igreja, os asilos aos poucos foram saindo da administração dos religiosos das Santas Casas de Misericórdias para as mãos dos médicos, sob a tutela do Estado.

Em 1889, o Hospício Pedro II passou a ser chamado de Hospital Nacional dos Alienados, marcando a criação dos hospitais psiquiátricos públicos do país. No Ceará, o primeiro estabelecimento com essa denominação surgiu já no final do período republicano populista, no ano de 1963, quando foi inaugurado o Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), de caráter público. É assinalado que o crescimento, neste setor, foi muito lento no Ceará, com três hospitais em 76 anos, fiéis à lógica da “grande internação” nacional, mas com instituições de pequeno porte e tardias em relação aos modelos de origem no Brasil e no mundo (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007a).

Na década de 1940, o Brasil passou pela Reforma Adauto Botelho que reafirmou a aliança entre a ciência psiquiátrica e os projetos estatais de controle social. Nesse período, o Governo Vargas propôs uma modernização autoritária do Estado, com foco na assistência médica para a conquista das novas massas urbanas dentro do processo de urbanização e industrialização. Para tanto, o Governo passou a investir em campanhas para atender aos abandonados sociais, o que possibilitou criar uma máquina previdenciário-assistencial para atender principalmente os trabalhadores. Ao mesmo tempo foram criados hospitais por todo país, gerando a expansão dos hospitais estaduais (SAMPAIO; BARROSO, 1997 apud BARROS, 2008).

Após o período Vargas, o País foi tomado por uma vitalidade e euforia que ficaram conhecidas como fase de desenvolvimento de Juscelino Kubitschek ou “anos dourados”. Foi justamente nesse período que a população brasileira passou a ser cada vez mais internada nos manicômios. A origem desse aumento das internações estava associada, entre outros, a três fatos: aumento populacional; a crônica má distribuição da renda nacional e, talvez o mais significativo, o modelo preventivista e sua “caça aos suspeitos” (LIMA, 2010b).

Durante o período do Regime Militar foi ampliada a política de criação de hospitais privados e o Ceará acompanhou esse processo nacional, inaugurando um

Manicômio Judiciário e nove hospitais psiquiátricos privados, inclusive dois no interior do estado, em Crato e Sobral (Hospital Casa de Repouso Guararapes) ambos conveniados com o antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e depois com o SUS. O Estado do Ceará também recebeu outras influências, sobretudo norte-americanas, derivadas da Mental Health Law, que começaram a gerar na década de 70 experiências ambulatoriais e treinamento, em Psiquiatria, de médicos generalistas, via Programa Integrado de Saúde Mental (PISAM) (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007a).

Precisamente, entre os anos de 1977 e 1979 ocorreu essa adesão do Ceará ao Plano Integral de Saúde Mental (PISAM), da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Dinamismo da Sociedade Cearense de Psiquiatria (SOCEP), marcado pela criação das Jornadas Cearenses de Psiquiatria anuais, Criação da Residência Médica em Psiquiatria (RMP) no HSMM (SAMPAIO; SANTOS; SILVA; 2001b).

O primeiro CAPS do Brasil foi criado em 1987, em São Paulo, denominado CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, popularmente chamado de CAPS da Rua Itapeva. No Ceará a primeira instituição dessa natureza foi criada em 1991-CAPS de Iguatu; 1993-CAPS de Canindé; 1993-CAPS de Quixadá; 1995-CAPS de Icó; 1995-CAPS de Cascavel; 1995-CAPS de Juazeiro do Norte; 1997-CAPS de Aracati; em 1998-CAPS III de Fortaleza; em 1999-CAPS de Itapipoca, de Sobral, de Morada Nova e de Barbalha; em 2000-CAPS de Capistrano; em 2001-CAPS de Fortaleza IV, de Fortaleza VI, de Quixeramobim, de Crateús, de Marco e de Horizonte; em 2002- CAPS de Crato, de Tauá, de Aquiraz, de Paraipaba e Sobral (Álcool e Drogas); em 2003-CAPS de Jardim, de Caucaia, de Maracanaú, de Maranguape e de Iguatu (Álcool e Drogas); em 2004-CAPS de Caucaia (Álcool e Drogas), de Juazeiro do Norte (Álcool e Drogas) e de Camocim; em 2005-CAPS de Euzébio, de Tamboril, de Limoeiro do Norte, de Farias Brito, de Itarema, de Amontada e de Iguatu (Infantil) (SAMPAIO, 1998; MOURA FÉ 2004 apud BARROS, 2008; AMARANTE, 2003d).

Nesta empreitada, no início do ano de 1992 o estado do Ceará realizou sua I Conferência Estadual de Saúde Mental, na ocasião foi feita a votação de uma moção para apoio ao Projeto conhecido como Lei "Mário Mamede" que se encontrava tramitando na Assembleia Legislativa do Estado. Esse Projeto visava fazer uma reforma na atenção dispensada aos sujeitos com transtorno mental a nível estadual, levando em consideração os princípios da Reforma Psiquiátrica (MOURA FÉ 2004 apud BARROS, 2008).

O Projeto de Lei "Mário Mamede" foi inspirado pelo Projeto de Lei Federal de Reforma Psiquiátrica apresentado ao Congresso Nacional pelo ex-deputado federal Paulo

Delgado, em 1989. Mesmo em tramitação, esse Projeto de Lei federal inspirou diversos Estados³⁸ a criarem leis estaduais de reorientação do modelo assistencial em saúde mental. Em 29 de julho de 1993, a Lei nº12.150 de Reforma Psiquiátrica do Ceará foi finalmente aprovada. Ao lado desta conquista também vinha acontecendo a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a passos lentos.

Conforme Sampaio e Carneiro (2007a), o estado do Ceará nesse contexto de transições e avanços foi incluído com sucesso no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Programa de Saúde da Família (PSF) e no Planejamento Estratégico com Programação Pactuada Integrada (PPI). Assim sendo, foram criadas três macrorregiões (Sobral-Ce é uma dessas macrorregiões) de saúde, contendo 21 microrregiões de saúde (a macrorregião de Sobral-Ce possui cinco microrregiões). Para melhor compreensão deste contexto, os referidos autores criaram as seguintes fases:

- a) 1ª fase - de 1991 a 1998. Aprovação da Lei “Mário Mamede”, em 1993, nove anos antes da aprovação da Lei Brasileira, a Lei “Paulo Delgado”, e criação de projetos-piloto, alternativos, bem sucedidos, que foram os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS de Iguatu, Canindé, Quixadá, Icó, Juazeiro do Norte, Cascavel, Aracati e Fortaleza SER III. O município de Quixadá estabelece um modelo de CAPS que supervisiona ações de saúde mental na atenção primária por meio do PSF, serve de retaguarda para internações em leitos psiquiátricos de hospital geral regional, promove reabilitação psicossocial com apoio das políticas de inclusão social do município e fornece tratamento ambulatorial, com instrumentos terapêuticos diversificados.
- b) 2ª fase - de 1999 a 2005, adoção do modelo de CAPS por mais 30 municípios, aceitação pelo governo estadual de incluir um CAPS em cada sede de microrregião de saúde (nº21), aceitação pelo governo municipal de Fortaleza de incluir um CAPS em cada Secretaria Executiva Regional da cidade (nº6) e realização do I Encontro Estadual de CAPS, promovido pela Universidade Estadual do Ceará-UECE. A capital, Fortaleza, não avança e desqualifica os indicadores gerais do estado, mas o governo estadual passa a induzir o real crescimento da rede de CAPS pelas microrregiões de saúde, com financiamento do governo federal, e o município de Sobral oferece um modelo de reforma psiquiátrica para municípios de médio porte, criando sua Rede de Atenção Integral em Saúde Mental-RAISM, a despeito da trágica experiência da morte do cliente Damião, nas dependências do Hospital Guararapes.
- c) 3ª fase – de 2005 a 2007 – Criação de mais 10 CAPS no interior do Ceará. O município de Fortaleza, sob a gestão da prefeita Luizianne Lins, e tendo como Secretário de Saúde Luiz Odorico Monteiro de Andrade, assume o protagonismo do processo e instala sua Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, iniciando com 14 CAPS (SAMPAIO; CARNEIRO, 2007a, p.8-9).

As informações supracitadas apontam um resumo geral do que mais marcou o desenvolvimento da saúde mental do Ceará entre os anos de 1991 a 2007. Esta análise feita por José Jackson Sampaio (doutor em medicina preventiva) e Cleide Carneiro (doutora em

³⁸ Entre os Estados que promulgaram leis reorientando o modelo assistencial em saúde mental, destacam-se: Rio Grande do Sul Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992; Ceará Lei nº12.151 de 29 de julho de 1993; Pernambuco Lei nº 11.064, de 16 de maio de 1994; Minas Gerais Lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995; Paraná Lei nº11.189, de 9 de novembro de 1995; Distrito Federal Lei nº975, de 12 de dezembro de 1995; e Espírito Santo Lei nº. 5.267, de 10 de setembro de 1996.

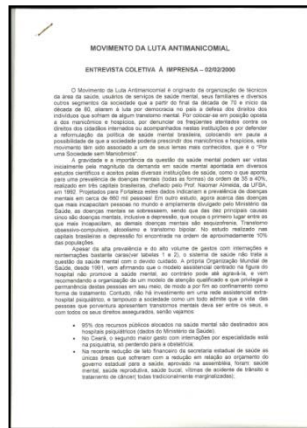
Serviço Social), ambos professores da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e conhecedores da história da saúde mental do Estado.

Neste processo de compreensão sobre o desenvolvimento da saúde mental no Ceará é importante apresentar também o olhar do Movimento da Luta Antimanicomial Cearense sobre todo esse processo, bem como registrar o quanto esse movimento tem contribuído com os avanços da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, levaremos em consideração uma entrevista coletiva dos representantes desse movimento à imprensa, datada de 02 de fevereiro de 2000.

Imagem 8

Entrevista Coletiva do MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL CEARENSE à imprensa

02/02/2000



MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL CEARENSE À IMPRENSA 02/02/2000

Fonte do documento com a imagem: Acervo do Instituto Damião Ximenes (2009)

Com a leitura da referida entrevista coletiva é possível percebermos que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial como já foi dito em momentos anteriores, é originado da organização de técnicos da área da saúde, usuários de serviços de saúde mental, seus familiares e diversos outros segmentos da sociedade civil que a partir de 1987 e início da década de 90, aliaram-se à luta por democracia no País, bem como a defesa dos direitos dos sujeitos que sofriam de algum transtorno mental. Por colocar-se em posição oposta a dos manicômios e hospícios e denunciar os frequentes atentados contra os direitos dos cidadãos internados ou acompanhados nestas instituições e por defender a reformulação da política nacional de saúde mental, colocando em pauta a possibilidade de que a sociedade poderia prescindir dos manicômios e hospícios, este Movimento tem sido associado ao longo de sua história a um de seus lemas mais conhecidos: “Por uma Sociedade sem Manicômios”.

Nesta perspectiva, o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense ressaltou, em 2000, que a gravidade e a importância da questão da saúde mental podem ser vista inicialmente pela magnitude da demanda em saúde mental apresentada em diversos estudos científicos e aceitos pelas diversas instituições de saúde, como o que aponta para uma prevalência das doenças mentais (todas as formas) da ordem de 35 a 40% realizados em três capitais brasileiras, chefiado pelo professor Neomar Almeida, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 1992. Projetados para Fortaleza-Ce dos idos de 2000 estes dados indicariam a prevalência de doenças mentais em cerca de 660 mil pessoas no início do referido ano. Em outro estudo da mesma época sobre as doenças que mais incapacitavam pessoas no mundo e amplamente divulgado pelo Ministério da Saúde no Brasil, indicava que as doenças mentais se sobressaíam, sendo que das dez principais causas cinco eram doenças mentais, inclusive a depressão, ocupava o primeiro lugar entre as que incapacitavam, as demais doenças mentais eram: esquizofrênicas, transtorno obsessivo-compulsivo, alcoolismo e transtorno bipolar. O Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense acrescenta que nos estudos realizados nas capitais brasileiras a depressão foi encontrada na ordem de aproximadamente 10% das populações. Nesse caso, o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense chama atenção para os efeitos destes estudos no mundo da vida, assim como Aluísio Lima (2010a) através de Jurandir Freire chama atenção acerca do surgimento no Brasil das publicações dos trabalhos médico entre 1808, 1809, 1810 e 1822 - momento de grande aliança entre Estado, Medicina e Imprensa para afirmação da Psiquiatria.

Um outro dado que o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense destaca é que apesar da alta prevalência e do alto volume de gastos com internações e reinternações bastantes caras, o sistema de sistema de saúde não tratava da questão da saúde mental com o devido cuidado, a própria OMS, desde 1991, já vinha afirmando que o modelo assistencial centrado na figura do hospital não promove a saúde mental, ao contrário pode até agravá-la, e vem recomendando a organização de um modelo de atenção qualificado e que privilegie a permanência destas pessoas em seu meio, de modo a por fim ao confinamento como forma de tratamento. Contudo, o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense enfatiza que, em 2000, ainda não havia investimento maciço no Estado em uma rede assistencial extra-hospital psiquiátrico, e tampouco a sociedade como um todo admitia que as pessoas com transtornos mentais tivessem todos os seus direitos assegurados. Para melhor compreensão das informações sobre os gastos com internações foram apresentados durante a entrevista os dados dos seguintes quadros:

Tabela 1- Valor médio das AIHS (Autorização para Internamento Hospitalar) em hospitais psiquiátricos do Ceará no triênio 97-99.

HOSPITAL	1997	1998	1999
Hospital de Saúde Mental de Messejana	484,46	516,68	556,22
Casa de Saúde São Gerardo	513,19	549,82	626,77
Inst. de Psiquiatria do Ceará (IPC)	569,54	617,82	664,63
Hospital S. Vicente de Paula	330,76	404,07	436,92
Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano	534,80	587,67	502,23
Casa de Repouso Nosso Lar	369,50	474,10	544,75
Hospital Mira y Lopez	439,88	503,93	568,74
Casa de Saúde S. Tereza(Crato)	729,07	855,64	871,43
Casa de Repouso Guararapes (Sobral)	439,44	448,11	691,10

FONTE: SESA-CE/DECASS/CPD ELABORAÇÃO: SECRETARIA DE SAÚDE/CAPS DE ARACATI

ENTREVISTA COLETIVA DO MLAC À IMPRENSA 02/02/2000

Fonte do documento e da imagem: Acervo do Instituto Damião Ximenes

Tabela 2- Valor médio e Custos das Internações em Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos no ano de 1998.

HOSPITAL	LEITOS	AIHS APRES.	AIHS PAGAS	VALOR PAGO	MED. AIH
1. CLÍNICA ANT. PRUDENTE	63	322	287	1.323.802,94	4.612,55
2. CASA DE SAÚDE S. RAIMUNDO	127	1.258	1.163	1.500.291,72	1.290,02
3. HOSPITAL DE MESSEJANA	191	6.035	5.418	6.533.995,77	1.205,98
4. NEUROCENTRO SOCIEDADE CIVIL	21	19	17	18.825,92	1.107,41
5. HOSPITAL DO CORAÇÃO (S.CASA SOBRAL)	34	375	246	231.512,33	941,11
6. HOSPITAL SANTA TEREZA(CRATO)	198	757	750	641.731,50	855,64
7. HOSP. UNIVERS. WALTER CANTÍDIO	239	5.418	4.930	3.937.882,58	798,76
8. HOSPITAL BATISTA MEMORIAL	64	1.967	1.754	1.318.530,76	761,73
9. INST. J. FROTA-UNIDADE CENTRAL	271	13.203	11.569	8.359.163,26	722,55
10. HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	246	8.776	8.449	5.736.301,40	678,93
11. HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN	237	7.257	6.492	4.320.312,36	665,48
12. INSTIT. DE PSIQUIATRIA DO CEARÁ	100	1.302	1.281	791.432,17	617,82
13. CLÍNICA S. MENTAL DR. SULIANO	89	1.165	1.135	667.008,02	587,67
14. CASA DE SAÚDE SÃO GERARDO	147	2.069	2.025	1.113.380,67	549,82
15. H DE S.MENTAL DE MESSEJANA	194	3.417	3.254	1.681.271,31	516,68
16. HOSP. S. JOSÉ DE D. INFECCIOSAS	124	2.154	2.115	1.087.632,58	514,25
17. INSTITUTO DO CÂNCER DO CEARÁ	8	46	43	22.051,57	512,83
18. HOSPITAL MIRA Y LOPEZ	160	2.455	2.384	1.201.373,52	503,93
19. CASA DE REPOUSO NOSSO LAR	119	1.989	1.910	905.522,52	474,10
20. C DE REP. GUARARAPES(SOBRAL)	80	556	325	145.636,77	448,11

FONTE: SESA-CE/DECASS/CPD ELABORAÇÃO: SECRETARIA DE SAÚDE/CAPS DE ARACATI
* AIH : AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

ENTREVISTA COLETIVA DO MOVIMENTO DA LUTA ANTIAMANICOMIAL CEARENSE À IMPRENSA 02/02/2000

Fonte do documento com a imagem: Acervo do Instituto Damião Ximenes (2009)

A partir dos referidos dados, o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense assinala que cerca de 95% dos recursos alocados na saúde mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos. Em 2000, o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense ainda aponta que a rede ambulatorial de Fortaleza era tão escassa que a quase totalidade das pessoas que eram internadas não passavam por nenhum atendimento prévio, tampouco tinha assegurado um acompanhamento após as internações, que ocupava 60% dos leitos hospitalares disponíveis para atendimento psiquiátrico. Diante deste cenário, a prefeitura não tinha ainda data de ampliação dos serviços ambulatoriais, o que deixava o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense indignado.

Em última instância, as prioridades na política de saúde mental no Ceará, tanto a nível estadual como na capital tinha estado de acordo com os interesses de donos ou gerentes de Hospitais Psiquiátricos. Conforme o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense, verbas públicas para reforma só foram disponibilização nessa época para o Hospital Mental de Messejana, e quase a totalidade das verbas para a saúde mental em Fortaleza estava alocada nessa época nos outros seis hospitais psiquiátricos (de natureza privada) da capital.

Para complementar estas questões levantadas pelo Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense, destacamos também que as internações em hospitais gerais no Ceará aconteciam em: Quixadá, precisamente, entre 1994 a 2000 foram realizadas 238 internações psiquiátricas em Hospital Geral. No caso de Canindé, entre 1998 a 2003 foram efetuadas 168 internações em Hospital Geral com um tempo médio de internação de 8,05 dias e em Sobral, a Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral (UIPHG) realizou 1.032 internações no período de agosto de 2002 a dezembro de 2003, com um tempo médio de internação de 07 dias. Nesse período, as internações também eram realizadas em Cascavel, Marco, Iguatu e Tauá (MOURA FÉ 2004 apud BARROS, 2008).

Voltando à entrevista do MLAMC, é posto que nenhum prefeito que mantinha CAPS recebeu um centavo sequer para reforma, ampliação ou infraestrutura do serviço entre 1998 e 1999, alguns CAPS sequer possuíam automóvel fixo, equipamentos para oficinas ou sede própria. Apesar da Lei Estadual nº12.150/93 determinar pelo deslocamento gradual e progressivo das verbas dos hospitais para a rede ambulatorial.

Feitas estas considerações, o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense afirma à imprensa que a saúde mental não era levada a sério pelo poder público, e que a indignação do movimento sempre era apresentada com um grande volume de denúncias que vinham sendo oferecido contra instituições como o Hospital Guararapes de Sobral-Ce, onde testemunhas acusavam funcionários da instituição de terem espancado até a morte um paciente, em outubro de 1999.

O Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense reconhece que sem esperar por promessas que nunca eram cumpridas, e mesmo sem receberem incentivos adequados às suas demandas alguns prefeitos e secretários de saúde do Ceará, com o apoio técnico, resolveram investir na organização de uma assistência à saúde mental que dava mostras, à época, de que era perfeitamente possível promover a saúde mental com respeito ao cidadão, com ênfase na atuação a nível comunitário, lançando mão de todos os recursos

técnicos disponíveis e oferecendo condições de reabilitação psíquica e social para as pessoas que aparentavam algum transtorno mental.

Nesse momento, o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense enfatiza que estava falando dos CAPS, dos internamentos psiquiátricos em hospitais gerais dos próprios municípios, das oficinas terapêuticas realizadas na comunidade e em parceria com diversos setores da sociedade, enfim de toda a rede de serviços que tem imposto uma nova postura em torno dos CAPS.

Tais dispositivos têm impactado positivamente no nível de saúde das populações das cidades com CAPS, assegura o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense. Mesmo sem os recursos materiais e humanos desejados e necessários, alguns dados dessas novas iniciativas solitárias foram destacados durante a entrevista coletiva:

a) redução da necessidade de internações em hospitais psiquiátricos em cerca de 80 a 90%, com o controle das situações de crise no próprio município;

b) Aumento dos vínculos familiares e sociais, ao invés de isolamento, das pessoas com transtornos mentais;

c) atendimento por equipes multidisciplinares, com modalidades de atendimentos adequados às necessidades das pessoas atendidas, como acompanhamento domiciliar, na unidade de saúde, em atendimentos em grupo e individuais, oficinas terapêuticas, socializantes, acompanhamentos às famílias, intercâmbios com as demais equipes de saúde e outros setores da sociedade;

d) controle de todas as crises de abstinência a álcool e outras drogas, clinicamente não complicadas, nos sistemas locais de saúde.

No final da entrevista prestada à imprensa, o Movimento da Luta Antiamanicomial Cearense afirmou acreditar que se pudesse contar naquela época com uma rede ambulatorial adequada e com uma programação baseada em critérios de demandas populacional, como já acontecia com o Programa Saúde da Família (PSF), além do apoio da sociedade às iniciativas de criação de salvaguardas aos direitos humanos de forma irrestrita, teria sido possível ter passado sem os últimos acontecimentos do Hospital Guararapes de Sobral-Ce, e de outras instituições do mesmo gênero que apesar de não terem tomado a dimensão de violações do Hospital Guararapes, também são conhecidas por suas perversidades institucionais. E por último, foi dito que não era de hoje que a cultura manicomial patrocina violências contra cidadãos com apoio financeiro do próprio Estado, e que tal situação não teria fim se não for tomado por cada um e por todos a responsabilidade de por um fim a essa banalidade do mal.

Para Barros (2008), o surgimento do primeiro CAPS, em Iguatu, em 1991 marcou o início da criação de alternativas de atenção em saúde mental no Ceará. Atualmente, há CAPS em todo o Estado, impulsionado o processo de Reforma Psiquiátrica, entretanto, é destacado que ainda se constitui uma tarefa árdua a expansão dessa nova política de atenção à saúde mental.

É importante ressaltar que a Reforma Psiquiátrica no Ceará apresenta relevantes avanços, apesar das resistências e oposições. Pois, os CAPS implantados no interior do Ceará vêm desenvolvendo estratégias de ações parecidas entre si mediante um sistema de ação política que engloba a articulação entre mecanismos sociais e legais, bem como um sistema de ação pedagógica que envolve formação continuada dos trabalhadores de saúde mental (SAMPAIO, 1998 apud BARROS, 2008).

Nesse caso, o Movimento da Luta Antimanicomial Cearense tem contribuído de forma significativa com os avanços da Reforma Psiquiátrica do Estado, pois seus membros vêm lutando ao longo dos últimos anos pela extinção das instituições manicomial, bem como das suas formas de tratamento. Para tanto, o referido Movimento tem apoiado propostas e iniciativas não asilares de atenção à saúde mental, o que fortalece a política dos CAPS. Além destas contribuições, esse Movimento está sempre presente nas manifestações públicas que buscam discutir novas intervenções no campo da saúde mental. Neste caso, vale destacar a importância que seus membros tiveram no processo que desencadeou o descredenciamento do Hospital Guararapes, de Sobral-CE (MOURA FÉ 2004 apud BARROS, 2008).

Segundo Martinho Silva (2011), o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial a nível nacional tem pressionado o governo federal no sentido dos fechamentos dos manicômios e articulando-se com outros órgãos (Conselho Federal de Psicologia) para implementar fiscalizações que já resultou na criação da Portaria Interministeriais nº3.347 de dezembro de 2006, que instituiu o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, órgão que reúne representantes do governo federal e da sociedade civil para reuniões periódicas, a fim de fortalecer a fiscalização nos hospícios.

No âmbito estadual, o Fórum Cearense da Luta Antimanicomial Cearense tem gerado também mudanças pela fortificação de denúncias de violações aos direitos dos sujeitos com transtornos mentais. Ao receber a denúncia de morte de Damião Ximenes no Hospital Guararapes esse movimento emitiu diversas “cartas-denúncia” a vários órgãos governamentais e não governamentais para fosse apuradas as violações do direito humano

à saúde mental que envolve necessariamente o direito à vida (PEREIRA, 2001). Além disso, o referido Fórum Cearense da Luta Antimanicomial Cearense denunciou que

as pessoas com disfunções mentais não estão recebendo a devida atenção das autoridades no Ceará. Entre 1997 e 1999, registraram-se as morte de 59 internos em hospitais psiquiátricos. Em 2000, ocorreram mais 22 óbitos, até agosto. Os casos foram denunciados à Secretaria de Saúde do Estado pelo Fórum Cearense de Luta Antimanicomial. [...] O Fórum Cearense de Luta Antimanicomial denunciou também à Secretaria de Saúde do estado (SESA) a persistência de tratamento confinado, a aplicação de choques elétricos em doentes e o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos, práticas proibidas por lei estadual e, agora, também por lei federal, aprovada em 27 de março.

[...] Há suspeita de que, nos 59 falecimentos estudados, os internos tenham sido vítima de tratamento inadequado ou de maus tratos. Existe, pelo menos, um precedente para a suspeita: Damião Ximenes Lopes faleceu em 1999, no Hospital Guararapes, em Sobral, devido a comprovados maus tratos. [...]

Os casos foram retirados do Datasus. Como nesse registro oficial não consta o nome de Damião Lopes, o número de mortes pode ser superior. O Fórum informou, em janeiro, os casos à Coordenadoria de Saúde da SESA para as investigações cabíveis. Foram 36 homens e 23 mulheres. Destes, apenas metade foram necropsiados. [...] Os membros do fórum desejam esclarecer, também, se é rotina não informar ao SUS as mortes ocorridas nestes hospitais. Porque intriga o fato de a morte de Damião Lopes não constar na estatística oficial. Impossível não relacionar esta omissão com a descoberta, há dois anos, de um cemitério clandestino em Juqueri, unidade psiquiátrica de São Paulo. [...] (ÓBITOS de doentes mentais estão sob suspeita. Jornal Diário Do Nordeste. 7.04.2001).

De acordo com o Fórum Cearense da Luta Antimanicomial Cearense, o nome de Damião Ximenes Lopes não aparece nos registros de mortalidade hospitalar psiquiátrica do DATASUS. Tal fato lembra as atrocidades do Regime Militar, onde “o nome do cidadão era removido dos registros, suprimida toda menção dele, negada sua existência anterior, e depois esquecido. Era-se abolido, aniquilado, vaporizado era o termo corriqueiro” (ORWLI, 2005, p.20-21).

Além das denúncias feitas pelos militantes dos movimentos da luta antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica do Ceará tem contado com o desenvolvimento de diversos eventos de saúde mental geradores de novas concepções e práticas, em que o debate e a troca de experiência alargam as possibilidades de implementação do direito humano à saúde mental. Entre estes eventos, podemos destacar as Conferências, Jornadas, Seminários e Encontros e outros semelhantes, que somaram mais de cinquenta, no período de 1991 a 2004. Sistemáticamente foram realizadas 02 Conferências Estaduais de Saúde Mental, 02 Encontros dos CAPS do Ceará, 01 Oficina de Saúde Mental do COSEMS/Ce, 01 Seminário sobre Reforma Psiquiátrica da SOCEP, 01 Seminário sobre Internação Psiquiátrica e Cidadania no Ceará e 01 Jornada dos Hospitais-Dia do Ceará. Em Quixadá, 11 Jornadas de Saúde Mental e 01 Conferência Municipal em Canindé, 10 Jornadas de

Saúde Mental e 01 Conferência Municipal; em Iguatu, 04 Jornadas de Saúde Mental e 01 Conferência Municipal; em Cascavel 03 Jornadas de Saúde Mental e 01 Conferência Municipal; em Quixeramobim, 02 Jornadas de Saúde Mental e mais as Jornadas e/ou Conferências ocorridas em Sobral, Aracati, Tauá, Icó e Fortaleza (MOURA FÉ 2004 apud BARROS, 2008).

A partir das investidas dos referidos eventos, acreditamos mais ainda que os movimentos sociais em defesa de uma Sociedade Sem Manicômio reconhecem a eficácia do modelo da não internação para extinção do hospital psiquiátrico, e sua substituição por um modelo, pautado no respeito à liberdade e à diferença pelo lado dos direitos humanos. Os CAPS, os centros de convivências, o atendimento das unidades básicas de saúde, as moradias protegidas, as cooperativas sociais, quando funcionam de fato numa lógica antimanicomial demonstram plenamente sua potência e viabilidade. Da mesma forma, o modelo do SUS, cujas diretrizes compõem a Constituição brasileira, é inegavelmente legítimo e eficaz, quando garantido e fiscalizado na prática.

Em linhas gerais, as atuações do MNRP³⁹, MNLAM⁴⁰, RNILA⁴¹, dentre outros movimentos locais e estaduais, assinalam que as concepções tanto da Reforma Psiquiátrica quanto do Sistema de Saúde Para Todos na perspectiva visada pela OMS já estão definidas. Nesse caso, é tarefa de cada um e de todos avaliarem se estes modelos (Reforma Psiquiátrica e SUS) estão sendo efetivamente realizados, nos níveis nacional, estadual e local. Os referidos movimentos sabem que são muitas as dificuldades: nem os hospitais psiquiátricos são enfrentados com o empenho necessário, nem se constroem os serviços substitutivos com a agilidade e a qualidade devidas; ainda, falta criar as condições para que a presença e o trânsito social dos sujeitos com transtornos mentais possam realizar-se, nos aspectos do trabalho, do lazer, da educação, etc.

De acordo com os movimentos sociais, uma compreensão correta da Reforma Psiquiátrica exige não apenas avanços nas ações da área da Saúde; requer também a implantação de políticas sociais dignas deste nome, que visem não o mero assistencialismo, mas acesso da população brasileira em geral, e dos sujeitos com transtornos mentais em particular, à condição efetiva de sujeitos de direitos. Para tanto, é preciso mais do que nunca exigir das instâncias governamentais, em todos os níveis, os posicionamentos e as ações necessárias para plena efetivação da Reforma Psiquiátrica.

³⁹Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica.

⁴⁰Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

⁴¹Rede Nacional de Internúcleos da Luta Antimanicomial.

3.2 O caso reformista da saúde mental de Sobral-Ce

Imagem 9 : Localização de Sobral



Fonte: Imagem adaptada do INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE) e de BARROS, 2008.

Darcy Ribeiro (1995) afirma que, para bem conhecer uma instituição, uma ciência, um país, uma cidade, um caso, era necessário saber-lhes a história. Partindo desse entendimento, acreditamos que conhecer alguns aspectos peculiares da cidade de Sobral-Ce, provavelmente possa ajudar na compreensão da história da saúde mental local. Como diz a pesquisadora Ana Carlos (1996, p.26), “o lugar é o mundo do vivido, é onde se formulam os problemas de produção no sentido amplo, isto é, o modo como é produzida a existência social dos seres humanos”.

Com base em Raphael Samuel (1980), acreditamos também que a história local (da saúde mental de Sobral) requer um tipo de conhecimento diferente daquele focalizado no alto nível de desenvolvimento nacional, o que possibilita ao pesquisador ter uma ideia imediata do passado (da Casa de Repouso Guararapes). Ele o encontra dobrando a esquina e descendo a rua. Ele pode ouvir seus ecos no mercado ao perguntar antigos moradores, ler o seu grafite nas paredes, seguir suas pegadas no campo.

3.2.1 Aspecto histórico e social

Sobral é uma cidade de porte médio da região noroeste do Ceará, situada na zona do sertão centro-norte do Estado. Sua localização é determinada pelas coordenadas

geográficas de 3° 41'10" de latitude sul e 40°20'59" de longitude oeste, com altitude média de 70 m. É ligada à capital do Estado pela rodovia BR-222, distante de Fortaleza, 238 km. Também se comunica com a capital por via aérea, em vôos diários e por via férrea, atualmente, utilizada para o transporte de cargas. Conforme, o mapa destacado acima, a localização do Município de Sobral no Estado do Ceará, bem como os seus limites (ao norte com a serra da Meruoca, Municípios de Alcântaras, Santana do Acaraú e Massapê; ao sul Municípios de Forquilha, Groáiras, Cariré, Santa Quitéria; ao leste Municípios de Miraíma e Irauçuba; e ao oeste Municípios de Coreau e Mucambo). Sobral tem uma área de 2.129 km², sendo o 13° do ranking em extensão territorial no Ceará. Possui 11 distritos, incluindo o Distrito-Sede. Por estar bem localizada e possuir vias de fácil acesso, a sede de Sobral centraliza a produção de bens, mercadorias e serviços, comercializando-os para muitos Municípios cearenses e algumas áreas do norte do País. É a segunda maior cidade do Ceará e a quinta maior em população, possui aproximadamente 199.750 mil habitantes, número que alcançou na última década. É sede de macrorregional e microrregional de saúde, somando os habitantes das cinco microrregiões que formam a macrorregião chegam a mais de um milhão de habitantes (AGUIAR JR, 2005; IBGE, 2010).

Girão e Soares (1997) assinalam que a ocupação histórica de Sobral representa a política da Coroa Portuguesa no período colonial, que consistia na concessão de sesmarias (cerca de três léguas – dezoito quilômetros à margem dos rios e riachos) que transformou o norte do Ceará em uma região de grandes fazendeiros, no fim do século XVII. Nesta conjuntura, foi criada a Fazenda Caiçara que se expandiu ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX, quando passou a povoação. Esta fazenda pertencia ao Capitão Antônio Rodrigues Magalhães que, em 1743, doou parte de suas terras para construção da Capela de Nossa Senhora da Conceição, futura matriz da cidade de Sobral. Em torno da matriz e, mais tarde, da capela do rosário, surgiram as primeiras casas da povoação. Os bairros da Matriz e do Rosário formavam dois pequenos centros de atividade, que pouco a pouco foram se desenvolvendo até se unirem mediante o aparecimento de novas ruas entre eles. No dia 5 de julho de 1773, a povoação de Caiçara foi elevada a Vila, com o nome de Distinta e Real Vila de Sobral. Em 12 de janeiro de 1841, pelo Decreto nº 229, a vila de Sobral foi elevada à categoria de cidade, com o título de Fidelíssima Cidade Januária de Acaraú, pelo presidente José Martiniano de Alencar. Em 25 de outubro de 1842, pelo Decreto nº 224, a cidade de Januária passou a ser chamada cidade de Sobral (cidade que surge de antigos sobrados).

Nesse contexto, os primeiros serviços de natureza sanitária que surgiram eram extremamente precários, na maioria das vezes vinculados à caridade e às ações religiosas. As personagens mais conhecidas desse período que prestavam atendimentos à saúde eram os barbeiros, pajés, curandeiros, parteiras, religiosos e curiosos. Todos faziam atendimentos à saúde, mas sem oficial qualificação ou controle por parte do Estado (SILVA, 2007).

No fim do século XIX e início do século XX, o progresso econômico e cultural pelo qual passou a Cidade decorria de sua ótima posição geográfica, bem como da implantação da Estrada de Ferro Camocim-Sobral, que era passagem obrigatória das mercadorias que desembarcavam no Porto de Camocim, onde seguiam para a Europa em navios (GIRÃO & SOARES, 1997).

Por conta dessa conjuntura de desenvolvimento, principalmente, na metade do século XIX, Sobral foi sendo tomado por um grande contingente de pessoas. Todavia, a má estruturação urbana passou a gerar graves problemas de higiene, aliados a um crescente surto de epidemias, em particular, a cólera, a varíola e o sarampo. Ao mesmo tempo, acontecia o fortalecimento da Medicina Sanitarista nas grandes províncias brasileiras, em particular, São Paulo e Rio de Janeiro, que acabaram impondo ao poder oligárquico sobralense a necessidade de copiar experiências desenvolvidas nessas outras províncias (SILVA, 2007).

De modo geral, vale a pena apresentar pelos menos onze aspectos envolvendo o campo da história e da área da saúde mental, que destacam Sobral no interior do Ceará: I - por possuir uma história político-econômica privilegiada; II - por dispor de patrimônio legado de modelos arquitetônico associados aos traços da aristocracia local, formada ao longo dos séculos XVIII e XIX; III - ter sido a primeira cidade cearense a ser tombada pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) entre 1997 e 1999; IV - por ter criado a primeira instituição especializada em atendimento psiquiátrico da Zona Norte do Estado, em 1974; V - por sempre ter sido sede de macrorregional e microrregional de saúde; VI - por ter entrado em 2000, na relação da “Rede Internacional de Municípios Saudáveis” (SOARES, 2004) - cuja experiência mais destacável encontra-se no Canadá, onde se trabalha numa dimensão que transcende a área da saúde; VII - por ter criado o primeiro Serviço de Residência Terapêutica (SRT) do Ceará e de toda região nordeste e também o primeiro de caráter público criado no Brasil logo depois da publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº. 106, de 11/02/2000; VIII - por ter sido contemplada em 2001 com o prêmio David Capistrano da Costa Filho, na categoria Experiências Exitosas em saúde mental, promovido pelo Ministério da Saúde; IX

- por ter recebido em 2003 homenagem do Governo Federal pela organização da saúde mental no Município; X - por ter ganhado em 2005 o Prêmio de Inclusão Social, na categoria clínica; e XI - por ter recebido em 2006 o Prêmio Saúde É Vida (categoria Saúde Mental) promovido pela Editora Abril.

Tal pioneirismo tem rompido com as fronteiras nacionais, sendo potencializado no campo da política, das narrativas sobre Sobral e nos meios de comunicação que reforçam a ideia de “sobralidade triunfante” e a “city marketing” (FERREIRA, 2010b).

As narrativas locais em sua maioria estão registradas em livros de autores locais⁴² e nos meios de comunicação que se preocupam em reforçar a Sobral de visibilidade nacional e internacional, a “sobralidade triunfante” e a “city marketing”.

Herbert Rocha (2003) aponta que as elites sobralenses são reforçadas por ondas de sucessivos eventos internacionais e locais que prolongaram o seu legado eurocêntrico até renderem-se ao monoculturalismo norte-americano na metade do século XX. O apelido pejorativo de “Estados Unidos de Sobral” denota a prosperidade de uma classe dominante relativamente às demais cidades cearenses, que refletia no espaço urbano suas convenções europeias. O referido apelido teve origem após a II Guerra Mundial, quando os Estados Unidos eram a referência de civilização do mundo ocidental e não mais a Europa destruída pelo conflito. Como ressalta Silva (2011, p. 60-61) “[...] durante o ‘governo Cid Gomes’, a cidade também ficaria conhecida como ‘United States of Sobral’, tendo em vista o fato de o prefeito ter adquirido um ônibus no modelo inglês e com a placa nesta língua – ‘school bus’ – para levar alunos à escola pública”.

Monteiro (2015, p. 26 grifo nosso) com base em Nilson Freitas também revela em sua pesquisa que

circulam histórias jocosas que falam do lado “besta” do sobralense, que favorece uma “americanização” da cidade no período em que Cid Gomes foi prefeito, entre 1997 e 2004. É muito divulgada notícias de jornal, artigos na internet [...] e pelos “causos” contados pelos moradores de Sobral a “doação” de uma fundação dos Estados Unidos a Cid Gomes, no ano de 1988, de 15 ônibus escolares amarelos como o nome inglês “school bus” e que atualmente já não circulam pela cidade por falta de peças e de manutenção adequada. [...] [Na realidade,] os ônibus amarelos foram comprados pela Prefeitura, através de

⁴²Ver COSTA, Lustosa da. *Sobral cidade de cenas fortes*. Rio – São Paulo – Fortaleza: ABC Editora, 2008; LIMA, César Barreto. *As fantásticas histórias de Sobral*. 3ª Edição, Fortaleza: Premium, 2010; LIMA, César Barreto. *Estórias de Sobral*. 4ª ed. Fortaleza: Premium, 2012; LIMA, César Barreto. “*Causos de Sobral*”. Fortaleza: Premium, 2010; ANDRADE, Anahid. *Terra de Contrastes*. Edições Centenário. Rio de Janeiro, 1968; COSTA, Lustosa da [1938]. *Clero, nobreza e povo de Sobral*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1987; LIMA, César Barreto. *Sobral de todos os santos* – Fortaleza: Premium, 2011; SOARES, José Teodoro. *A idéia de modernidade em Sobral*. 2ª ed. –Fortaleza: Editora UFC/ Edições UVA, 2004.; Loyola Rodrigues, Francisco José. *De Sobral saem os rumos: 99 poemas essenciais de Loyola Rodrigues*. Sobral/Fortaleza: IMPRECE, 2008.

licitação “com o preço mais em conta que os nacionais diretamente dos Estados Unidos”.

Nilson Freitas (2010b, p.38) em seus estudos sociológicos analisa a publicação de um determinado jornalista que

em seu artigo expõe vários argumentos para construção da imagem do ser ‘sobralense’. Em um determinado trecho, o autor dá explicações para o caráter ‘cosmopolita’ da cidade, o ‘esnobismo’ de seus habitantes e a imagem de país ‘estrangeiro’ associado ao local. Diz ele: ‘Não são raros, por exemplo, os nomes de famílias, locais e instituições com raízes estrangeiras. Hoje, o sotaque sobralense é forte e bastante característico. Entretanto, não faz tanto tempo, o francês era língua corrente em reuniões da alta sociedade e nos saraus literários e a cidade ganhou um verdadeiro arco do triunfo em 1953. O inglês era soletrado em lugares como Derby Club – cujo nome foi inspirado na famosa prova de turfe de Londres – ou Palace Club, principal salão de festas da cidade’.

Deste modo, a sociedade sobralense foi marcada pela influência europeia, inclusive, no interior das residências mais tradicionais ainda é possível encontrar pianos e porcelanas importadas. Entre o inglês e o francês encontramos a “Sobral triunfante”, cujo povo frequentava o Teatro Apolo (1867-1910) e o Teatro São João fundado em 1880, em atividade até hoje, considerado o mais antigo do Ceará (SILVA, 2007). A cidade possui o Museu Dom José Tupinambá da Frota (1971), considerado o 5º do Brasil em Arte-Sacra e Decorativa, pelo Conselho Internacional de Museus; “Museu do Eclipse” (1999), criado em comemoração aos 80 anos da comprovação da Teoria da Relatividade. Um espaço totalmente climatizado que tem um moderno observatório, filiado à Associação Mundial de Astronomia. Entre os equipamentos de ponta, destaca-se o telescópio mais potente e avançado das regiões Norte e Nordeste do Brasil; Museu MADI Internacional (2005). Espaço inaugurado por ocasião do aniversário da cidade, e que deu visibilidade internacional para a cultura sobralense.

Este museu é o primeiro do gênero construído no Brasil e também único representante do “Movimento Madi” no País. Ao todo, possui cerca de 100 obras doadas por artistas Madi do mundo inteiro; “Arco de Nossa Senhora de Fátima”, também chamado de pelos sobralenses de “Arco do Triunfo”, por ser uma réplica do monumento francês, mas que apresenta a visível marca cristã pela presença da imagem de Nossa Senhora de Fátima fixada em cima do monumento. Este, por sua vez, foi construído em homenagem à passagem da imagem peregrina da referida Santa em 1954; “A Margem Esquerda do Rio Acaraú” (2004), um espaço de lazer de grande estrutura e visibilidade turística.

3.2.2 A saúde mental de Sobral entre os anos de 1925 e 1999

A partir da contextualização histórica e cultural mencionada anteriormente, passaremos a enfatizar o desenvolvimento da saúde mental em Sobral no recorte temporal de 1925 e 1999.

Imagem 10

Santa Casa de Misericórdia de Sobral



Fonte: IMAGEM LIVRE

Quanto à saúde mental de Sobral, acreditamos que a criação em 1925 da Santa Casa de Misericórdia de Sobral possibilitou aos habitantes da sede macrorregional e microrregional, os primeiros “atendimentos psiquiátricos” de natureza emergencial e ambulatorial em pequena proporção, que com o tempo passou disponibilizar uma quota limitada de assistência pública. Quando aconteciam atendimentos as pessoas com transtornos mentais neste serviço emergencial e ambulatorial não eram formalizados, ou mesmo registrado como relacionado à saúde mental (PIPCDXL, 2003).

Imagem 11

Abrigo Sagrado Coração de Jesus Da Frota



Fonte: Foto do Arquivo José Alberto Dias

O Abrigo Sagrado Coração de Jesus da Frota, inaugurado em 1953, por Dom José foi a primeira instituição social, que de assistência aos abandonados, pobres e necessitados de cuidados. A assistência da referida instituição tem um caráter de acolhimento relacionado a abrigo, alimentos e cuidados religiosos.

O primeiro atendimento particular registrado como assistência à saúde mental foi criado pelo Dr. Remo Cardoso Machado no início da década de 70. Tratava-se de um pequeno serviço particular de atendimento em Psiquiatria (SAMPAIO, 1997c).

A partir da experiência das relações com a Europa através das ações de compra e venda de mercadorias proporcionadas pelo Porto de Camocim; Criação da Santa Casa de Misericórdia (1925); Abrigo Sagrado Coração de Jesus da Frota (1953); influência dos “higienista” de São Paulo, Rio de Janeiro; e o primeiro serviço particular de atendimento em Psiquiatria criado pelo Dr. Remo Cardoso Machado nos começo dos anos 70, levando Sobral abrir as portas para criação da primeira instituição higienista privada da Zona Norte do Estado: a Casa de Repouso Guararapes.

Imagem12

Casa de Repouso Guararapes



JORNAL “O NOROESTE” 15.07.2000
 SOBRAL-CE, SÁBADO, 15 DE JULHO DE 2000, pág. 05 – O NOROESTE
 Imagem da Casa de Repouso Guararapes 15 dias antes de ser descredenciada
 Fonte do documento com a imagem: JORNAL “O NOROESTE”

Em 1974 foi criada pelo senhor Wladimir Ferreira Gomes, a Casa de Repouso Guararapes, um hospital psiquiátrico que foi a primeira instituição especializada em Saúde Mental da macrorregião de Sobral. A instituição começou tendo como médicos assistentes o Dr. Remo Cardoso Machado e o Dr. Aloísio Ribeiro da Ponte (SAMPAIO, 1997c).

Tratava-se de um hospital privado de assistência psiquiátrica, localizado estrategicamente no “outro lado do Rio Acaraú”, cujos moradores dos arredores, em sua maioria eram pessoas simples e carentes de direitos à cidadania e à “cidade triunfante”. Este hospital foi contratado pelo Estado para prestar serviços de atendimento psiquiátrico,

seguindo a lógica nacional de convênios com o Sistema Público de Saúde (antes do SUS o hospital era conveniado ao extinto INAMPS). De acordo com documentos oficiais⁴³ de 1999 e 2000, o hospital atendia uma região de quase milhão de habitantes, à época. A assistência ambulatorial era precária. A instituição era quase invisível aos olhos da população mais abastada e da fiscalização do Poder Público, já que, na época, estar situado no “outro lado do rio Acaraú” era culturalmente ocupar um “não-lugar” na “cidade triunfante”. Todavia, “o lado esquerdo do rio Acaraú” era entendido como o local em que a cidade originou-se. Local em que se situou e se situa até hoje: o seu centro, o coração da cidade. O “outro lado do rio” (onde ficava a Casa de Repouso Guararapes) era visto como uma área excluída e periférica até pouco tempo (ROCHA, 2003). Hoje este aspecto cultural tem mudado por conta da expansão e do desenvolvimento da cidade.

A partir das informações encontradas em Sampaio (1997c) podemos perceber que a criação das referidas instituições levou a macrorregião de Sobral a dispor dos seguintes atendimentos psiquiátricos:

a) Hospitalar: as pessoas com alto grau de cronificação, longo tempo de internamento e frequentes reinternações eram atendidas pela Casa de Repouso Guararapes. Nesse caso, aos 80 leitos de internação foram incorporados, em 1997, 30 leitos de hospital-dia;

b) Emergencial: o atendimento psiquiátrico de emergência era realizado em maior proporção pela Casa de Repouso Guararapes, em menor proporção pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral que, na realidade, não formalizava tais procedimentos, nem registrava como relacionado à saúde mental;

c) Ambulatorial: apresentava grande deficiência, havia pouca quota de assistência pública na Santa Casa de Misericórdia de Sobral, que inicialmente tinha convênio com o SUS; no Hospital Perpétuo Socorro conveniado ao SUS e no Posto de Atendimento Médico (PAM), que depois passou a ser denominado de Centro de Especialidades Médicas (CEM) (próprio do SUS);

d) Liberal: havia dois consultórios particulares, ambos para atendimento privado, cujo pagamento era realizado de forma direta pelos pacientes ou com a utilização de planos privados de saúde.

Costa et al (1997) assinala em suas pesquisas que até 1997 o Ceará tinha instalado 1.287 leitos psiquiátricos, dos quais 80 em hospital geral, 120 em serviços psiquiátricos denominados hospital-dia e 1.087 em hospitais psiquiátricos especializados, o

⁴³Relatórios de sindicância, auditoria, intervenção e avaliação, realizados pelo Poder Público e pela sociedade civil entre 1999 e 2000.

que implicou o predomínio absoluto do modelo asilar/manicomial de assistência. Nessa época, Sobral não dispunha de leitos psiquiátricos em hospital geral, tendo 30 leitos em hospital-dia, e 50 leitos em hospital psiquiátrico especializado. A falta de hospital geral e insuficiência dos serviços abertos e extra-hospitalares contrariavam diretamente dispositivos da Lei Estadual nº 12.151/93.

Não era seguida em Sobral a indicação de internamento em hospital geral recomendado em último caso como determina a Lei Estadual nº 12.151/93 e as modernas teorias psicológico-psiquiátricas de caráter desagregador e eminentemente médico. Os hospitais-dia que deveriam também seguir uma orientação moderna, por terem sido incluídos nos sistemas propostos pelo Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, infelizmente não funcionou direito no Ceará e muito menos em Sobral. O hospital-dia de Sobral era mais uma estratégia de sobrevivência do hospital psiquiátrico (Casa de Repouso Guararapes), sendo concebido como anexo deste e não como um aparelho revolucionário de cuidados integrado ao sistema público de saúde (SILVA; OLIVEIRA; MARTINS JÚNIOR, 2000).

No levantamento sobre a assistência psiquiátrica feito por Costa et al (1997), o Hospital Psiquiátrico de Sobral tinha uma média de 10% dos internamentos totalmente inadequados, tendo em vista que a maioria desses internamentos tinham um único diagnóstico psiquiátrico: situação de crise. Além disso, a instituição apresentava um elevado número de óbitos e de evasões e nenhuma alta com complementação ambulatorial sugerida como determina a Lei Estadual nº 12.151/93. Tal fato demonstrava a completa ausência de um sistema de cuidados, colocando a terapêutica-leito, modalidade onerosa e de desempenho insuficiente, como única opção para os sujeitos com transtornos mentais.

O Hospital Psiquiátrico de Sobral (Casa de Repouso Guararapes) tinha 23 anos de funcionamento em 1997 e apresentava características de plena pobreza terapêutica, de reducionismo, abordagem biofarmacológica e de exclusão social. Em relação ao custo por internamento, custava ao SUS mais caro que o Instituto de Medicina Infantil de Fortaleza, o Hospital Curad'Ares de Fortaleza, o Instituto José Frota/Parangaba, o Hospital Gonzaga Mota/Messejana e o Hospital Gonzaga José Walter, por exemplo, e prestava serviços de menor custo. Havia algo bem equivocado na lógica desta instituição (SAMPAIO, 1997).

Sistematicamente, em 1999, os serviços e coberturas de Assistência Psiquiátrica de Sobral tinham a seguinte estruturação:

Tabela 3 - Serviços e coberturas de Assistência Psiquiátrica de Sobral, em 1999.

Serviço	Unidade	Capacidade	Cobertura
Pronto-atendimento	Pronto Atendimento Médico	100 consultas/mês	Sobral e macrorregião
Ambulatório	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	120 consultas/mês	Sobral e macrorregião
Hospital (internação prolongada)	Hospital Guararapes	80 leitos	Sobral e macrorregião
Hospital (internação-dia)	Hospital Guararapes	30 leitos	Sobral
Emergência	Hospital Guararapes e Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Demanda espontânea	Sobral e macrorregião

Fonte: MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE. SECRETARIA DA SAÚDE E AÇÃO SOCIAL DE SOBRAL, 1999 apud SAMPAIO E CARNEIRO, p.9, 2007.

Os atendimentos psiquiátricos hospitalar, emergencial, ambulatorial e liberal referenciados acima, na prática revelavam o quanto o Município precisava de uma política firmada na atenção psicossocial (SAMPAIO, 1997).

Por outro lado, Sampaio e Carneiro (2007a) apontam que a história da assistência psiquiátrica no Ceará apresenta alguns marcos muito importantes, entre os quais se destaca a implantação da Reforma Psiquiátrica no Município de Sobral, a partir de 1997, quando Cid Ferreira Gomes assumiu a Prefeitura Municipal (primeiro mandato 1997-2000) e deu posse ao Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade como titular da Secretaria da Saúde e Assistência Social.

Segundo Barros (2008), os novos gestores políticos e administrativos da área da saúde, Sobral realizou ainda em 1997 uma reunião para planejamento da assistência psiquiátrica local. Na ocasião estavam presentes, o Secretário da Saúde e Ação Social de Sobral, o consultor em saúde mental da mesma Secretaria e um grupo de técnicos, composto por um médico, uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira, que, posteriormente, iriam formar a primeira equipe de saúde mental de Sobral. Nessa reunião foi traçada estratégias para a implementação de uma nova política de saúde mental para o município de Sobral. A política implementada deveria ser capaz de reverter o modelo predominante (modelo asilar/manicomial), o qual era caracteristicamente assistencialista centralizado na doença, hospitalocêntrico, de lógica asilar. A reversão do modelo deveria estar direcionada para o cumprimento da Lei Estadual de nº 12.151/93, a qual dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por alternativas de serviços de atenção em saúde mental.

De acordo com as pesquisas da autora mencionada acima, no final da referida reunião os participantes sugeriram a realização de um evento pela Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, em que pudessem discutir a nova proposta de atenção à saúde mental. O evento foi realizado em abril de 1998, sendo considerado o I Seminário de Saúde Mental de Sobral. Das discussões desencadeadas durante o Seminário surgiu uma proposta de saúde mental para o Município pautada principalmente na criação de um Programa de Saúde Mental, com a formação de uma equipe básica no Ponto de Especialidades Médica (PAM), que depois foi chamado de Centro de Especialidades Médicas (CEM). O intuito era que esse núcleo embrionário do PAM/CEM se tornasse mais complexo, possibilitando em seguida a criação de um CAPS local. Após a realização do referido seminário, o Programa de Saúde Mental do CEM foi instituído de forma oficial, passando por um processo de ampliação dentro do Município. Todavia, esse processo inicial apresentava caráter predominantemente ambulatorial, somente depois este passou a integrar uma diversidade de atividades: individuais, grupais e na comunidade. Enfim, o Programa de Saúde Mental do CEM funcionou de abril de 1998 a novembro de 1999, quando a equipe de saúde mental foi transferida para uma outra estrutura, onde passou a funcionar como CAPS de Sobral.

É nesse contexto de reorientação da atenção à saúde mental de Sobral, que ocorreu a morte de Damião Ximenes Lopes, no dia 4 de outubro de 1999, no Hospital Casa de Repouso Guararapes de Sobral, que, aliada a outras circunstâncias de precariedade e perversidade, provocou a mobilização dos familiares de Damião, de movimentos sociais, da sociedade civil, do Parlamento Brasileiro e de entes internacionais. “O fato teve ampla repercussão, tanto na cidade de Sobral, quanto no Estado do Ceará, deflagrando uma verdadeira revolução no sistema de saúde local” (PICBCDX, 2005, p. 5). De acordo com o Estado brasileiro, em 1999

[...] o Município de Sobral já enfrentava mudanças no sistema de saúde mental. O primeiro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) já estava instalado, propiciando um melhor e mais adequado tratamento para os cidadãos sobralenses que sofriam de perturbações mentais. Também havia instalado em Sobral o Posto de Atendimento Médico (PAM), o qual realizava uma tiragem dos pacientes, especificando aqueles que deveriam ser internados na Casa de Repouso Guararapes. Todavia, Damião Ximenes Lopes não passou pelo crivo do PAM antes de ser internado na Casa de Repouso, uma vez que foi levado diretamente para o hospital por sua genitora (PICBCDX, 2005, p. 14).

Damião Ximenes Lopes foi levado diretamente para o hospital psiquiátrico para ser cuidado, mas o problema é que “[...] o hospital psiquiátrico no Brasil mata! Sempre matou. No passado, em grandes proporções” (SILVA, 2001, p.6). Deste modo, esta

“instituição sinistra” matou Damião, que era “acusado”⁴⁴ de ser doente mental. Damião foi para o “outro lado do rio Acaraú” vivo para ser internado na instituição manicomial local, acusado de ser um doente mental, “analisando a situação do paciente internado num hospital psiquiátrico [...] podemos afirmar desde já que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição, à mercê, portanto, dos delegados da sociedade (especialistas do Estado) que o afastou e excluiu” (BASAGLIA, 1985, p. 107. grifo nosso), bem como o baniu do mundo da vida.

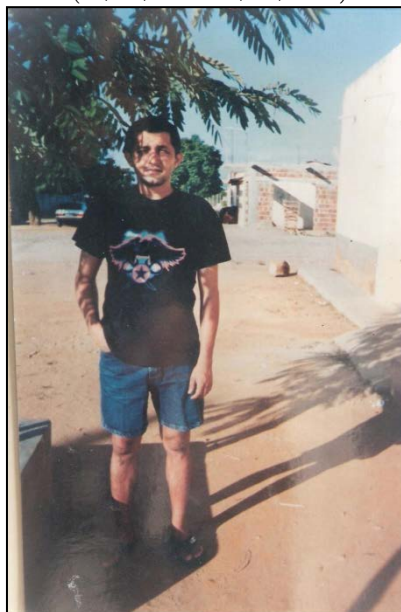
Lembrando que “o outro lado do rio” era a forma “sinistra” com que os sobralenses moradores da “margem esquerda do rio Acaraú” se refiram ao “lado direito do rio” nas imediações da cidade, de cota geral mais baixa que a margem oposta, era vítima das calamidades das cheias periódicas e, por esta razão, pouco habitado (nessa época). Considerando-se a visão eurocêntrica desta abordagem, pode-se dizer que a cidade de Sobral se formou no “lado esquerdo do rio”, sendo o “outro lado do rio” a parte da cidade excluída (ROCHA, 2003, p.15), onde funcionava uma instituição manicomial negada.

3.2.3 Casa de Repouso Guararapes, “hospital dos perturbados” ou “hospital do Dr. Remo”

A Casa de Repouso Guararapes foi criada na época em que o governo militar consolidou a articulação entre internação asilar e privatizações da assistência com a crescente concentração de leitos nas clínicas e hospitais conveniados (TENÓRIO, 2002). Na época da internação de Damião Ximenes, a Casa de Repouso Guararapes, propriedade particular pertencente ao Sérgio Antunes Ferreira Gomes, integrava a rede de instituições privadas conveniadas ao SUS para prestar serviços de atendimento às pessoas com transtornos mentais. Além do mais, a referida Casa era a única instituição hospitalar com leitos para internação de pessoas com sofrimento mental em toda a macrorregião de Sobral-Ce. Nessa época, todos os pacientes internados (100%) ingressavam com Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) pagas pelo convênio com o SUS (PIPDXLB, 2003).

⁴⁴Vale ressaltar que na época da morte de Damião Ximenes ainda estava em vigor o Decreto Lei nº24.559 de 03/07/1934, que servia para confinar as pessoas acusadas de serem doentes mentes mentais. Somente com a morte de Damião, entre outras circunstâncias, o referido decreto foi renovado no dia 06 de abril de 2001 com a sanção da Lei nº10.216/01.

Imagem 13
 Damião Ximenes Lopes
 (25/06/1969-04/11/1999)



Fonte: FOTO PÚBLICA DISPONÍVEL NO ACERVO DO INSTITUTO DAMIÃO XIMENES (2009)

Em oposição à pobreza e a vulnerabilidade de Damião no “outro lado do rio Acaraú”, tinha-se a riqueza à sua margem esquerda. O prefeito de Sobral, em 1999, era Cid Ferreira Gomes, ex-governador do Ceará, ex-ministro, irmão do deputado federal Ciro Gomes, ex-ministro, ex-candidato à Presidência da República, um político tradicional de Sobral (BORGES, 2009). Nesta mesma perspectiva, encontramos Martinho informando que

a Casa de Repouso Guararapes foi criada apenas em 1974, por Wladimir Ferreira Gomes, pai de Sérgio Antunes Ferreira Gomes e tio de Cid Gomes, respectivamente o dono da clínica e o prefeito da cidade quando da morte de Damião Ximenes Lopes. Na versão de moradores, ele teria fundado o estabelecimento para que um parente com problemas mentais não precisasse ser deslocado para Fortaleza para receber atendimento psiquiátrico, sendo que o primeiro psiquiatra que lá trabalhou chamava-se Remo Machado, o “Dr. Remo” (Barros, 2008). Guararapes também era designada por alguns moradores de Sobral “hospital dos perturbados”, embora fosse mais comum escutar “o hospital do Dr. Remo”, sendo que poucos sabiam que a clínica pertencia a um “Ferreira Gomes” (SILVA, 2011, p.94).

Nos últimos anos, Sobral foi administrada por um grupo político cujos líderes são membros de uma mesma família: os “Ferreira Gomes”. No cenário político do Ceará, esta família é vista como o grupo político que detém o poder administrativo da cidade de Sobral e exerce influência na Região Norte do Ceará. Uma das Unidades psiquiátricas da Casa de Repouso Guararapes tinha o nome de Alice Ferreira Gomes. O nome da família “Ferreira Gomes” foi também referenciado na edição de março de 2007 da Revista “Piauí”,

que fez referência ao poder “oligárquico” da referida família em comparação a outras famílias que se destacam com seus poderes políticos no nordeste brasileiro, devido ao contexto em que se encontram parte de seus membros no cenário político estadual e nacional (FERREIRA, 2010b).

Nesse caso, parece-nos que o “sertão” ainda está “repartido em função dos domínios das grandes famílias”. Na memória de dominação tradicional cearense “existiam os Feitosas dos Inhamuns, os Montes de Sobral, os Queiroz de Quixadá, os Gouveias de Iguatu, os Távoras de Jaguaribe etc”. O relato de Irene Ximenes na sua incessante luta por Amor e por Justiça após a morte de seu irmão, constituía um embate contra o poder político local, tendo em vista que o dono do hospital psiquiátrico era primo do prefeito. Para Irene, em 1999, existiam os domínios dos “Ferreira Gomes” de Sobral (BARREIRA, 1992 *apud* BORGES, 2009).

Imagem 14

Irene Ximenes em momentos de militância



Fonte: FOTO PÚBLICA DISPONÍVEL NO ACERVO DO INSTITUTO DAMIÃO XIMENES (2009)

A lentidão das investigações por conta dos domínios e da influência política local levou Irene Ximenes, irmã de Damião Ximenes Lopes a escrever uma carta-denúncia sobre a morte de seu irmão a vários órgãos e entidades, bem como ser militante do movimento da luta antimanicomial. Essa denúncia chegou a diferentes momentos ao conhecimento da: Delegacia de Polícia Civil de Sobral-CE, onde foram registradas as queixas criminais; Secretaria de Saúde de Varjota-Ce, Secretaria de Saúde de Sobral-Ce, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará; Secretaria de Segurança Pública e Defesa da Cidadania; Procuradoria Geral da Justiça do Estado; Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão; Conselho Regional de Medicina do Ceará; Coordenação do Movimento dos Trabalhadores do Ceará em Defesa da Reforma Psiquiátrica; Fórum da Luta

Antimanicomial Cearense; Ouvidoria-Geral do Estado do Ceará; Conselho Regional de Enfermagem; Ministério Público; Procuradoria da República; Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal; Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Fórum pela Saúde Pública, Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Psicologia; a 389 Deputados Federais (apenas seis deram respostas); os Senadores; Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; Governo do Estado do Ceará; Presidente da República; Centro de Justiça Global; Robes & Gray LLP escritório de advocacia que desenvolve atividades sociais em defesa dos direitos humanos (com filiais em Boston, Nova York, São Francisco e Washington); Representantes da Ordem dos Advogados do Brasil OAB/CE; Fórum Cearense de Direitos Humanos (FCDH); Anistia Internacional da Luta Antimanicomial; Comissão Interamericana de Direitos Humanos⁴⁵(CIDH) – EUA; Organização das Nações Unidas (ONU); Redes de Revolta e Indignação; Redes e Programas de Televisão; Jornais. O Poder Público e diversas entidades da sociedade civil tomaram ciência dos fatos.

Conforme depoimento de Irene Ximenes, em Monteiro (2015, p.18):

“eu não fui esperar que a polícia apurasse não, eu estava desacreditada, eu mesma fui apurar, eu fui atrás das pessoas, peguei depoimentos, as pessoas que não sabiam assinar o depoimento, eu levei uma almofada, botei uma máquina de datilografar, naquele tempo a gente quase nem usava computador”.

A carta-denúncia de Irene Ximenes vocalizava o seguinte:

“Clamo Justiça! Justiça!!!

Quero que toda imprensa, que todos os órgãos entidades que defendem os direitos humanos, que todos aqueles que têm coração humano e são a favor da justiça, tomem conhecimento desta denúncia e ajudem-me a fazer justiça na morte do meu irmão. Meu irmão Damião foi morto segunda-feira, dia quatro de outubro de 1999, em Sobral, Ceará, na Casa de Repouso Guararapes, digo melhor, Casa de Tortura.

Damião tinha 30 anos e sua saúde mental não era perfeita. Fisicamente era saudável e quando não estava em crise levava uma vida normal à base de remédios controlados. Era extremamente paciente, gentil e dócil. Era amado pela família e benquisto em toda a vizinhança. Ele já havia sido internado duas vezes no Hospital Guararapes e em ambas as vezes, voltou com cicatrizes que não possuía antes. Ele reclamou: ‘Lá dentro existe muita violência e maus – tratos; se o paciente não quer tomar o remédio, os enfermeiros batem até o doente perder as forças e aceitar o medicamento’.

No mês de setembro, meu irmão resolvera deixar de tomar os remédios, disse que lhe causavam náuseas e sentia mal. Já estava farto de tantos remédios e afirmou com firmeza que nunca mais tomaria medicamento algum. Esta decisão afetou novamente sua saúde. Ficou sem dormir, sem se alimentar, inquieto, mas não estava agressivo. Nossa mãe, por receio que ele entrasse em crise, na tarde

⁴⁵No dia 22 de novembro de 1999, Irene Ximenes enviou pelo sistema virtual da CIDH uma carta-denúncia da morte de seu irmão, Damião.

de sexta-feira, primeiro de outubro de 1999, levou-o ao hospital acima mencionado e o deixou internado para receber cuidados médicos.

Na segunda-feira pela manhã quando ela voltou para fazer a visita, encontrou Damião quase morto. Ele havia sido impiedosamente espancado, estava com as roupas sujas e rasgadas, com as mãos amarradas para trás e seu corpo coberto de sangue. Cheirava a sangue coagulado, a fezes e a urina. Ele ainda conseguiu falar e numa expressão de pedido de socorro, disse: ‘polícia ... polícia ... polícia ...’

Uma faxineira do hospital contou para mamãe que presenciou tudo; os autores da violência foram os auxiliares de enfermagem e os monitores de pátio, que teoricamente são contratados para apartar brigas, mas não possuem preparo para isso.

Mamãe pediu que lhe limpassem o sangue. Eles deram um banho nele sem sequer desamarrar as mãos e o deixaram nu. Neste interstício, ela foi procurar o médico dele, que até o momento não havia lhe dado assistência. Aflita e chorando (reação normal de uma mãe, neste caso) fez reclamações ao Dr. Francisco Ivo de Vasconcelos (CRM 3374) e pediu para que ele atendesse meu irmão. Ele grosseiramente mandou ela calar a boca. Então ela disse: ‘Mas doutor, o meu filho vai morrer’. Ele respondeu: ‘Vai mesmo, porque todo mundo que nasce morre. Pare de chorar, eu não assisto novela porque não gosto de choro’.

Ali mesmo, onde estava, receitou um medicamento injetável, sem ao menos ver o paciente. Vale ressaltar que o Dr. Ivo é também o diretor clínico da Casa de Repouso Guararapes. O dono se chama Sérgio Ferreira Gomes, não é profissional da área de saúde e não entende nada do assunto. É apenas um empresário.

Ela saiu e foi até ao Damião novamente. Ele estava jogado ao pé de uma cama, completamente nu e ainda com as mãos amarradas. Ela queria tocá-lo, mas o enfermeiro disse que ele tinha tomado a medicação e, por isso, que não o incomodasse, pois ele ia dormir. Ela foi embora e pegou o ônibus para casa, em Varjota, cidade que fica a 72 Km de Sobral. Quando ela chegou em casa, já havia um telefonema do hospital, chamando-a com urgência. Então, minha mãe me ligou e contou o que havia acontecido com Damião e tinha sido chamada a voltar a Sobral com urgência. Eu pedi a meu esposo para pegá-la e levá-la para a Clínica Guararapes. Quando chegaram lá, encontra um outro médico, Dr. Humberto Lacerda, que disse não saber de nada e tinha sido encarregado apenas de dar a notícia. Ele disse: ‘O rapaz faleceu’. Damião havia morrido. Depois, entregou o laudo assinado pelo Dr. Ivo, em que este dizia que a causa mortis era ‘parada respiratória’. Nós sabíamos que não era verdade; tratava-se de homicídio.

Minha mãe ficou em estado de choque. Então, meu esposo foi a polícia e pediu um exame cadavérico, mas o médico legista da polícia era o mesmo da Clínica Guararapes – ou seja, o Dr. Francisco Ivo. Por isso, não deu em nada. Depois, pedimos que o corpo fosse examinado no Instituto Médico Legal de Fortaleza. Houve o exame, mas foi incompleto, nem abriram a caixa craniana. Eu e outras pessoas vimos o corpo, depois da autópsia e havia marcas de tortura. O resultado do laudo foi manipulado dizendo ‘causa mortis indeterminada. Sem elementos para responder’. Denunciei o crime de todas as formas, par todas as autoridades ligadas à saúde, à justiça e aos direitos humanos – inclusive para a Coordenação de Saúde Mental do Estado do Ceará, Dr. Aquino, que após visitar a Clínica com uma equipe, constatou que aquele hospital não tinha condições de funcionar. Ele também compreende que a morte de Damião foi causada por maus-tratos e assistência médica precária.

Quero tornar público que na Clínica Guararapes reina a humilhação, o desrespeito e a crueldade. Seres humanos são tratados como bichos. As famílias das vítimas são pessoas pobres, sem voz e sem vez e a impunidade continua. Conheço pessoas que já passaram por lá, hoje com saúde recuperada, que relatam casos horrendos. Elas dizem que aquele hospital é um verdadeiro inferno. Os principais agressores são os funcionários: monitores de pátio, carcereiros e auxiliares de enfermagem. Eles esnobam valentia e domínio. Elizier, Carlão, Cosme, Messias, Vitoriano, Nonato e André, entre outros, são os mais temidos, o terror dos pacientes. Eles têm como entretenimento botar os

pacientes para lutar e aplaudem quando um surra o outro, a ponto de deixar seu oponente imobilizado.

As mulheres são igualmente agredidas e estupradas. Já houve denúncias de casos iguais e piores que o do meu irmão, mas foram arquivados por falta de provas. Ninguém até hoje conseguiu provar nada. Dr. Francisco Ivo e Sérgio Ferreira Gomes são homens muito influentes na sociedade sobralense, de famílias de políticos.

Neste sistema, inocentes parecem perder a vida e tudo fica no anonimato. Provas nunca existem. Assim como eu, muitos clamam por justiça e estão prontos para dar seu depoimento.

Em nome da justiça e dos direitos humanos, ajudem-me. Me telefonem ou mandem e-mail, pois ainda não houve justiça. Os criminosos continuam lá na Clínica Casa de Repouso Guararapes, impunes.

Assina

Irene Ximenes Lopes Miranda

CPF- 285-698.303-00

ENDEREÇO: Rua Pe. Angelim, nº 168 – Centro - Ipueriras-Ce

Telefone: (88)8251281

E-mail: airton@crateus.com.br

Fonte documento: ACERVO DO INSTITUTO DAMIÃO XIMENES (2009)

A carta-denúncia de Irene Ximenes foi escrita pelo lado dos direitos humanos e pelo mais profundo dos sentimentos: o Amor.

Em outubro de 1999, por determinação da Coordenação Municipal de Controle e Avaliação da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral, foi construída uma comissão de sindicância para apurar a responsabilidade da Casa de Repouso Guararapes, situada naquele Município, em relação à morte de Damião Ximenes Lopes, quando ali internado. A denúncia dos familiares, apoiada pelo Fórum Cearense de Luta Antimanicomial e da Comissão dos direitos humanos da Assembleia Legislativa do Ceará, era a de que o paciente teria morrido em consequência de maus tratos (PICBCDXL, 2005, p. 36).

Em 18 de outubro de 1999, quatorze dias após a morte de Damião Ximenes foi editada a Portaria /CCA nº001, que instaurou uma comissão de sindicância formada por dois Auditores-Médicos do Sistema Municipal de Auditoria, uma Enfermeira-Auditora do Sistema Municipal de Auditoria, uma Enfermeira e uma Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A referida Comissão teve por objetivo investigar: a) a causa do óbito de Damião Ximenes Lopes; b) a qualidade da assistência prestada ao referido paciente no transcurso do seu internamento na Casa de Repouso Guararapes; c) se há evidência de que se praticavam nesse nosocômio tortura, maus tratos ou violações de direitos humanos; d) as condições de funcionamento do hospital em conformidade com a legislação pertinente (PICBCDXL, 2005, p. 5).

O Relatório Final ⁴⁶ confirmou as referidas denúncias, o que levou a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral, com deliberação do Conselho Municipal de Saúde a decidir pela intervenção na Casa de Repouso Guararapes, para que fossem tomadas medidas emergenciais a fim de sanar as condições precárias de funcionamento encontradas na instituição após a morte de Damião Ximenes Lopes (PICBCDXL, 2005, p. 5).

No dia 5 de novembro de 1999 foi realizada uma vistoria na Casa de Repouso Guararapes por conta das denúncias envolvendo a morte de Damião Ximenes Lopes. Esta vistoria corresponde a uma visita de supervisão feita pelo Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica (GAP), sob a coordenação do Dr. Raimundo Alonso Aquino, com apoio da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral. O GAP foi criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº145 de 1994, no qual determina que o trabalho deste dispositivo de supervisão a nível municipal, estadual e federal é complementar, não substituindo a necessidade de regulação, fiscalização e auditoria de modo geral, que são de responsabilidade de cada esfera de governo.

De acordo com o Relatório de vistoria do GAP, realizado no dia 5 de novembro 1999, a Casa de Repouso Guararapes possuía 80 leitos conveniados/contratados ao SUS, pois a instituição não possuía nenhum outro convênio. Isto significa que todas as internações eram custeadas pelo Governo. Este repassava os recursos financeiros mediante verbas federais do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), inicialmente remetidas ao Fundo Municipal de Saúde de Sobral, e depois repassadas ao proprietário da Casa de Repouso Guararapes. Além disso, dos 80 leitos existentes apenas 54 em atividade, à época. Funcionava também sob a gerência da Casa de Repouso Guararapes um “hospital dia”, com capacidade de 30 leitos, localizado na frente das unidades de internação (PIPDXLB, 2003).

Nesse caso, apesar da capacidade máxima ser de 54 leitos, na data da vistoria havia 63 pacientes internados na instituição, ou seja, 9 pessoas a mais do que os leitos disponíveis. Esse fato levou o grupo da vistoria a concluir que alguns pacientes encontrados estavam dormindo no chão, bem como utilizando as unidades denominadas ALICE FERREIRA GOMES e ULISSES PERNAMBUCANO, em péssimas condições de uso, que uma delas tinha recebido determinação para ser fechada, por conta de denúncias feitas em Relatório do GAP na Casa de Repouso Guararapes, que datava de 15/05/96. Nesse Relatório de 1996, o Dr. Raimundo Alonso Aquino, coordenador de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde daquela época até fevereiro de 2003, e outros membros do

⁴⁶ MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE. RELATÓRIO DE SINDICÂNCIA REFERENTE AO PROCESSO N°002/99, FLS.21/47.

GAP, que também faziam parte da Comissão de Reforma da Saúde Mental (CRESAM), do Conselho Estadual de Saúde (CESAU), recomendaram o fechamento das referidas unidades de enfermarias da Casa Repouso Guararapes, por falta de condições de funcionamento, por infiltração e diversas outras irregularidades destas unidades, que funcionavam no local conhecido como “PORÃO” da Casa de Repouso Guararapes. Ainda constava no referido Relatório a existência de um número de pessoas maior que o número de leitos (cama), dando conta ainda da existência dos chamados “LEITOS-CHÃO”. Isso quer dizer que a superlotação já persistia há vários anos (PIPDXLB, 2003).

No Relatório de vistoria do GAP, realizado em 5 de novembro 1999, o grupo chega a achar estranho o fato de nenhuma providência ter sido tomada até 1999 pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA) acerca da estrutura do lugar e da desativação dos pavilhões denunciados em 1996 (PIPDXLB, 2003).

Quanto às instalações físicas, as dezenove enfermarias de internação na Casa de Repouso Guararapes encontravam-se em péssimas condições na época da internação de Damião Ximenes Lopes, apresentando as mesmas várias irregularidades estruturais e de equipamento. A equipe que realizou a vistoria em 5 de novembro de 1999 verificou, dentre outras anomalias, que as unidades de internação não possuíam condições de higienização, conservação, arejamento ou iluminação. Neste sentido, O GAP constatou que alguns colchões não apresentavam condições de uso. As enfermarias ALICE FERREIRA GOMES e ULISSES PERNAMBUCANO não apresentavam condições de uso. Os banheiros, pias e lavatórios encontravam-se em péssimas condições de uso (torneiras e chuveiros quebrados; ralos abertos; vazamentos diversos, descargas enferrujadas e quebradas; paredes mofadas; odores fétidos; sem qualquer privacidade por falta de portas; ausência de cestas e papel higiênico)(PIPDXLB, 2003).

Quanto à equipe técnica e auxiliar, foi verificado, na ocasião da referida vistoria, o atendimento por psiquiatra (trabalhando 20 horas semanais); um médico (atendendo tanto os pacientes na unidade de internação quanto os pacientes do hospital-dia); um número não especificado de enfermeiros; uma assistente social; e vários “monitores de pátio” (PIPDXLB, 2003).

Vale destacar que esse número de profissionais à disposição da Casa de Repouso Guararapes não respeitava o número mínimo estabelecido nas normas utilizadas pela Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral. De acordo com o número de pacientes internados à época, a Casa de Repouso deveria ter: dois psiquiatras; um médico plantonista 24 horas por dia; um clínico geral; dois enfermeiros durante o dia, e um enfermeiro à noite;

dois psicólogos (com 20 horas semanais); dois assistentes sociais (com 20 horas semanais); dois terapeutas ocupacionais (com 20 horas semanais); um farmacêutico; um nutricionista; dois auxiliares; oito técnicos de enfermagem 24 horas por dia (PIPDXLB, 2003).

Em relação ao atendimento desta equipe, o GAP constatou que o psicólogo não se encontrava presente no momento da visita. Os pacientes não tinham conhecimento do trabalho desse profissional na instituição. A assistente social existente (que deveriam ser duas) tinha assumido suas funções recentemente e exercia atividade também, no Hospital-Dia. Apesar da informação da existência da nutricionista, o GAP não conseguiu identificá-la de fato. “Monitores de pátio” – essa era uma categoria funcional que não foi identificada em nenhum dos outros hospitais do mesmo gênero. Ao entrevistarem um destes funcionários foi perguntado qual era a função dele e o treinamento recebido. Foi obtido como resposta o seguinte: “ajudo os auxiliares nos casos de briga, minha função é apartar, conter o paciente e dar gravata (forma de incapacitar o sujeito através da estrangulação)” [...] Leão de chácara” (PIPDXLB, 2003).

Merece ser destacada também a conclusão preocupante da Comissão de Sindicância sobre as evidências de maus tratos aos pacientes praticados por membros da equipe de profissionais da Casa de Repouso Guararapes. Nesse sentido, o próprio Diretor Clínico da instituição, que também atendeu Damião no dia de seu falecimento, tinha conhecimento de tais práticas. Conforme relatado pela Comissão de Sindicância:

Quanto à ocorrência de agressões físicas e abusos sexuais de pacientes, os relatos são concordantes em que os mesmos acontecem. O Diretor Clínico do Hospital, [...], afirma que tem conhecimento de sua ocorrência, inclusive envolvendo o Sr.[...] e o Sr. [...], citados pela Sra. Irene, e que “ultimamente isso está se agravando cada vez mais, virou uma verdadeira epidemia”. Em outra passagem, o Dr. [...] informa que tomou conhecimento de um caso “de um paciente que foi espancado até a deformidade, ficou todo disforme o rosto dele, era um paciente orientado, quebraram o braço dele em dois lugares”. Segundo ele, agressor era um funcionário da instituição (RELATÓRIO DO GAP, 5/11/1999).

É importante salientar, ainda, a inércia da direção da instituição frente às condições acima citadas. Segundo o Diretor Clínico da instituição, a direção não era receptiva às solicitações de melhoria, afirmando que “se nós pedimos a direção não concorda, se a enfermaria pede a direção não concede [...] falta presença da direção do hospital [...]” (PIPDXLB, 2003).

Não obstante a obrigação do Município de celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privado de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução (Art. 18, inciso X, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.), nenhum contrato

pormenorizando sobre a relação entre a Casa de Repouso Guararapes e o Município de Sobral foi encontrado quando das vistorias de controle realizadas em 1999, posteriormente às denúncias relativas à morte de Damião Ximenes Lopes (PIPDXLB, 2003).

A vistoria de 1999 revelou que nos anos precedentes à morte de Damião, apenas uma vistoria tinha sido realizada, em 5 de maio de 1996 na Casa de Repouso Guararapes pelo GAP (criado pela Portaria 145/94), no qual constatou-se a superlotação e as condições físicas e estruturais precárias, dentre várias outras irregularidades no funcionamento da instituição (PIPDXLB, 2003).

O Relatório do GAP do dia 5 de novembro de 1999 foi concluído, fazendo a seguinte avaliação:

A Clínica não apresenta condições de funcionamento por todos os comentários supra-referidos. Pela sua localização estratégica sugerimos a sua intervenção ou medida similar, caracterizando a mudança de gerência, ou o seu descredenciamento pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Providências a serem tomadas pelo município de Sobral em conjunto com a SESA (Secretaria Estadual de Saúde). O caso Damião evidencia assistência médica precária, maus tratos, deficiências diversas listadas nesse relatório, o que deve ser denunciado nos diversos conselhos de categorias ligadas à assistência psiquiátrica e ao Ministério Público para providências cabíveis (RELATÓRIO DO GAP, 5/11/1999).

Nesta mesma perspectiva, no dia 10 de novembro de 1999 a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará que tinha como Presidente o Deputado Estadual João Alfredo Teles (atual vereador de Fortaleza) realizou uma Audiência Pública, onde foi discutida a qualidade de atendimentos à saúde mental dentro do Estado do Ceará, tomando por base a repercussão da morte de Damião Ximenes, que requeria naquele momento sérias providências.

A matéria com o tema “ENTIDADES QUESTIONAM ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL” foi publicada pelo Jornal Diário do Nordeste, no dia 11 de novembro de 1999. Nesta matéria discutiu-se todas as questões relevantes da Audiência Pública realizada dia 10 de novembro de 1999 pela Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Ceará. A denúncia de espancamento até a morte de um paciente da Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, foi o bastante para que viessem à tona as discussões sobre o atendimento prestado aos sujeitos com transtornos mentais no Estado. A Audiência Pública aconteceu no Plenário 13 de Maio, a Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Ceará reuniu-se com 24 entidades ligadas à Saúde Mental para traçar um perfil da situação e também acelerar as providências

quanto ao caso de Sobral, envolvendo um homem de 30 anos de idade, Damião Ximenes Lopes.

Representando Damião Ximenes, que foi encontrado sem vida nas dependências da Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, estavam na referida Audiência Pública a mãe Albertina Viana Lopes e a irmã Irene Ximenes. Irene afirma que resolveu “rasgar o verbo e cobrar justiça em nome de Damião”, ao encontrar apoio na sociedade civil e na Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Ceará.

Na ocasião, a Irene Ximenes (irmã de Damião) e Albertina Viana (mãe de Damião) apresentaram o relato completo, emocionante e corajoso da morte de Damião, bem como vocalizaram o que viram e o viveram na Casa de Repouso Guararapes. O Procurador Oscar Costa Filho, que esteve presente na reunião, sugeriu pedir ao Ministério da Saúde que interviesse na Casa de Repouso, a fim de saber realmente as causas da morte de Damião e de tantas outras que são silenciadas por medo de represálias.

O Jornal O Povo também publicou uma manchete no dia 11 de novembro de 1999 com o tema “COMISSÃO AVALIA DENÚNCIAS DE ESPANCAMENTO EM SOBRAL”. A matéria informa com outras palavras os fatos da Audiência Pública realizada dia 10 de novembro de 1999 pela Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Ceará. Na ocasião discutiram o resultado do laudo de morte indeterminada sem elemento para responder de Damião Ximenes Lopes, 30 anos, em Sobral. Participaram da audiência representantes de 24 entidades – além de deputados, psiquiatras, médicos e familiares de pacientes – ligadas ao atendimento à saúde mental no Estado do Ceará. Damião foi internado na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, no dia 1º de outubro último, e três dias após foi morto “vítima de espancamento” nas dependências da unidade, conforme relato dos familiares da vítima.

Na audiência, foi discutido o nível de atendimento à saúde mental no Estado do Ceará. Segundo Lídia Costa, coordenadora do Movimento Estadual dos Trabalhos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Defesa da Reforma Psiquiátrica, o setor “continua como há 200 anos: um caos”. Ela afirma que diariamente três pessoas eram atendidas no Instituto Doutor José Frota (IJF) por tentativa de suicídio decorrente de problemas mentais, à época.

Além da falta de hospitais e recursos para o atendimento adequado aos pacientes, foi discutido o desligamento do IML ao aparelho policial, a falta de medicamentos, o valor que o Estado gastava com internações psiquiátricas e a falta de iniciativas oficiais no setor.

No dia 18 de janeiro de 2000 a Secretaria Municipal de Saúde de Sobral resolveu fazer uma nova investigação. Depois de muito estudo do que já havia sido apurado e estava acontecendo. Essa nova investigação fora realizada pela Comissão de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral. O Relatório dessa Comissão entre outras considerações concluiu que:

- I – Não há evidência de que o óbito do Sr. Damião Ximenes Lopes deveu-se a violência perpetrada por pacientes ou funcionários da Casa de Repouso Guararapes, não obstante houvesse risco e oportunidade para tal acontecesse;
- II – A Casa de repouso Guararapes não oferece condições de funcionamento constante a Legislação Sanitária pertinente, mormente no que tange às normas estabelecidas para a assistência médica, normatizada pela resolução CFM nº001/94, e hospitalar psiquiátrica estatuída na Portaria/SNAS nº 224/92 e na Portaria/SAS nº 147/94;
- III – Há evidência de maus tratos e de abuso sexual de pacientes que devem ser esclarecidos pelas autoridades competentes;
- IV- Há evidência de tortura, definida pela Lei nº 9.455/97 [...] e que devem ser melhor diligenciadas pela autoridade policial e acompanhadas pelo Ministério Público;
- V – À vista dos depoimentos ouvidos e das graves denúncias proferidas pela Sra. Albertina Viana Lopes, é mister que o Conselho Regional de Medicina do Ceará apure as responsabilidades do Diretor Clínico da Casa de Repouso Guararapes nas irregularidades praticadas no nosocômio, nos termos do item 11º do Parâmetro do Código de Ética Médica e do Artigo 1º da Resolução CFM nº 1.408/94; bem como dos profissionais envolvidos na assistência ao Sr. Damião Ximenes Lopes no transcurso de seu internamento; e as denúncias de violação aos princípios para Proteção da Pessoas Acometida de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental adotadas pela Resolução CFM nº 1.407 e do estatuído no parágrafo 11 do Artigo 5º da Resolução CFM nº1.408/94;
- VI - À vista dos depoimentos ouvidos e das graves denúncias proferidas pelas Sras. Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda, é mister o Conselho Regional de Enfermagem do Estado do Ceará apure as responsabilidades da diretoria técnica de enfermagem da Casa de Repouso Guararapes nas irregularidades praticadas no nosocômio, bem como os demais profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao Sr. Damião Ximenes Lopes, nos termos das responsabilidades e dos deveres estatuídos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [...]. A Comissão recomenda que o Gestor do Sistema Local de Saúde de Sobral descredencie a Casa de Repouso da prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde, no âmbito do Sistema Municipal de Saúde de Sobral; que a Secretaria de Saúde e Assistência Social de Sobral providencie as alternativas terapêuticas factíveis e adequadas à assistência prestada aos pacientes ainda internados nesse nosocômio , de sorte que os mesmos não sofram quaisquer prejuízos de ordem médica nem tenha ameaça a sua integridade física e mental (MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE. COMISSÃO DE AUDITORIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2000).

Por conta das pressões do contexto de denúncia da morte de Damião e atendendo as recomendações dos Relatórios apurados pela Comissão de Sindicância, Equipe de vistoria do GAP e Comissão de auditoria o Município de Sobral, por meio da Secretaria de Saúde e Assistência Social, editou a Portaria nº 026, de 02 de março de 2000, decretando a intervenção na Casa de Repouso Guararapes pelo período inicial de 90

(noventa). Todavia foi necessário entender a intervenção para 120 dias com a finalidade de realizar o pleno gerenciamento técnico e administrativo do hospital.

Nesse caso, no dia 03 de março de 2000, a “cidade triunfante” de Sobral-Ce acordou pela “pedrada” que veio do “outro lado do rio Acaraú” e quebrou a “vitrine” que até então separava os loucos do coração da cidade, ou seja, da margem “esquerda do rio Acaraú”. A notícia da intervenção assustava os mais “lúcidos” da cidade. No rádio, na televisão, na internet e nos jornais o assunto era:

Imagem 15

Hospital Psiquiátrico de Sobral sofre intervenção



JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE DE MARÇO DE 2000

Fonte documento com a imagem:: Acervo Do Instituto Damião Ximenes (2009)

No “Becco do Cotovelo” que é o espaço público central da cidade, de grande movimentação dos sobralenses, a notícia da intervenção ganhou diversas versões e levantava uma série de questionamentos. Era difícil e complexo demais para muitos entender de imediato o que seria um “processo de intervenção”. “O que vão fazer com os doidos ‘do outro lado do rio?’” “Será que vão ser colocados nas ruas?” “Será se vão ser soltos ‘no Beco?’” “E se alguém for agredido ‘pela doidiça deles?’” (SILVA, 2007).

A intervenção no Hospital Guararapes foi resultado do quanto a morte de Damião Ximenes Lopes mobilizou a sociedade civil, a Administração Pública, o Poder Federal e Estadual do Ceará, os órgãos de investigação da Segurança Pública e os Ministérios Públicos Estadual e Federal. Assim, todas as instituições iniciaram procedimentos voltados a um único objetivo: apurar os fatos que acarretaram a morte de Damião Ximenes Lopes e, com isso, tomar providências para que fatos similares não se repetissem (PICBCDXL, 2005).

A intervenção, que durou 120 dias, destinou-se precipuamente à adoção de medidas emergenciais para sanar as condições precárias na Casa de Repouso Guararapes após a morte do paciente Damião Ximenes Lopes (PICBCDXL, 2005).

De acordo com o secretário Luiz Odorico Monteiro de Andrade, a decisão de intervenção no Hospital Guararapes foi tomada devido às denúncias efetuadas pela Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembléia legislativa do Estado do Ceará; pela Comissão Estadual de Saúde Mental – SESA; e processo da procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal; e Relatório de Sindicância confeccionado pelo Sistema Municipal de Auditoria, resultante de apuração circunstanciada sobre os crimes de tortura e homicídio do paciente Damião Ximenes Lopes, com o fito de aniquilar responsabilidade civil e penal, no qual se concluiu “que a Casa de Repouso Guararapes não oferecia condições de funcionamento, obedecendo à legislação sanitária pertinente, e que havia evidência de maus tratos de tortura e de abuso sexual de pacientes” (JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE DE MARÇO, 12/03/2000).

A Junta Interventora teve as atribuições de administrar e sanear a Casa de Repouso Guararapes, gerindo os recursos repassados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), reciclando e coordenando os recursos humanos existentes, aferindo a conveniência dos métodos e equipamentos utilizados no âmbito terapêutico e psicossocial (JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE DE MARÇO, 12/03/2000).

Através da Portaria nº 026, de 02 de março de 2000 foram afastados o diretor administrativo Sérgio Ferreira Gomes, proprietário do hospital; o diretor clínico, médico psiquiatra Ivo Vasconcelos; e “todos os profissionais envolvidos nos indesejados resultados que culminaram na morte de Damião Ximenes Lopes”, fato ocorrido no dia 4 de outubro de 1999. Os trabalhos da Junta administrativa foram acompanhados por uma comissão de membros do Conselho Municipal de Saúde, composta por Marcos Antônio Cavalcante da Silva, Jeferson Azevedo Ponte e José Otaviano Lopes Filho (JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE DE MARÇO, 12/03/2000).

A primeira decisão interventiva foi a de determinar a imediata revisão dos casos clínicos de cada um dos internos, providências que resultou no estabelecimento de um novo plano terapêutico centrado, principalmente, em ações de reinserção familiar e social. Foram, também, concedidas, em caráter emergencial, altas hospitalares, buscando-se reduzir ao máximo possível o número de internos. Assim, após 40 dias de intervenção, 39 altas foram elevadas a efeito (PICBCDXL, 2005).

Para os pacientes que continuavam na Casa de Repouso, foi liberada a visita diária, anteriormente realizada uma vez por semana. Manteve-se o corpo de profissionais nas áreas de terapia ocupacional e psicologia, buscando integrá-los a novas rotinas terapêuticas instaladas pela junta interventora. Dentro dessa mesma proposta, foi contratada

paisagista para realizar atividades de jardinagem com os pacientes do hospital e, também, dois estagiários de educação física para realização de atividades de esporte e lazer (PICBCDXL, 2005).

Imagem 16

Internos do Guararapes durante intervenção



No pátio do hospital, "cada um com sua mania". Um deles afirma que é Fernando Henrique Cardoso

JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE 17.05.2000
FORTALEZA, CEARÁ –QUARTA-FEIRA, 17 DE MAIO DE 2000, PÁG. 1
Fonte do documento coma imagem: JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE

O tempo de permanência nas instalações do hospital foi reduzido a partir do cumprimento de uma rotina de passeios, visitas a exposições de artes, praças públicas, monumentos históricos, sessões de cinema, manhãs de lazer em clubes da “cidade triunfante”, da “city marketing, que possui os mais ricos modelos arquitetônico associados aos traços da aristocracia local, formada ao longo dos séculos XVIII e XIX. A entrada dos internos da Casa de Repouso nesse espaços situados no “lado esquerdo do rio Acaraú” significa dizer que a intervenção por conta da morte de Damião Ximenes possibilitou como diz Thompsom (1992), o aparecimento de “novos” sujeitos que também forjam saídas, criam estratégias de sobrevivência, ideias e contradições, mas que até a data dessa intervenção, a história oficial de Sobral não os nomeava enquanto sujeitos históricos que também tinham direito de cidadania e direito à “cidade triunfante”.

Tal acontecimento também pode ser considerado como “a micro-história da saúde mental de Sobral”, tomando emprestado o entendimento do historiador Carlos Ginzburg (2006a), no sentido de que para os moradores do centro de Sobral parecia

impossível imaginar os sujeitos do Guararapes no mesmo espaço que eles. No imaginário cultural da cidade, os internos do Guararapes só podiam fazer suas histórias sem voz, amordaçados pelo pano frio da estatística psiquiátrica que os apresentavam a partir do número de leitos conveniados ao SUS ou de mortalidade hospitalar psiquiátrica. A rotina de passeios pela cidade de Sobral gerou estranhamento para alguns, mas mostrou que “por trás do estranho encontrava-se um de nós, mesmo que seja alguém muito diferente de nós”. Esta é a história de baixo para cima de Damião Ximenes Lopes em Sobral-Ce que conseguiu, mesmo ao custo da sua morte, relegar à posterioridade a liberdade de muitos sujeitos com transtornos mentais pelo país inteiro.

A Junta Interventora realizou o evento Hospital Aberto, com um café da manhã e a pintura dos muros do hospital.

Imagem 17

Doentes mentais pintam mural



JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE 30.04.2000
FORTALEZA, CEARÁ, DOMINGO, 30 DE ABRIL DE 2000, PÁG. 11
Fonte do documento com a imagem: JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE

A imagem destacada acima foi tirada no Guararapes durante o evento intitulado o Dia do Hospital Aberto, no qual familiares dos pacientes, imprensa, universitários, entidades civil e comunidade em geral participaram da Pintura dos muros da Casa de Repouso Guararapes. Tal iniciativa teve como intuito primordial o estreitamento do vínculo entre pacientes e a comunidade para superação da discriminação, da desmistificação e resignificação do adoecer psíquico (PICBCDXL, 2005).

No dia 17 de maio de 2000, o Fórum da Luta Antimanicomial Cearense, a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa e Representantes da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB/CE) na tentativa avaliar as condições de funcionamento da Casa de Repouso Guararapes fizeram visita ao Hospital Guararapes.

Imagem 18

Direitos Humanos visita Hospital psiquiátrico em Sobral



JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE 17.05.2000
 FORTALEZA, CEARÁ –QUARTA-FEIRA, 17 DE MAIO DE 2000, PÁG. 1
 Fonte do documento com a imagem: JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE

Com esta intervenção foi possível conhecermos um pouco da memória dos depoimentos de quem viveu o horror gerado pelo Hospital Casa de Repouso Guararapes. Segue abaixo alguns dos depoimentos conhecidos pela Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará durante o processo de intervenção no referido hospital entre final de 1999 e início de 2000:

“Eu, [...], há treze anos guardo a dor de ter perdido a minha mãe de forma trágica. Minha mãe RAIMUNDA FERREIRA DE SOUSA era paciente da Casa de Repouso Guararapes. Lá dentro deram uma surra tão grande que ela entrou em coma. Removeram ela para a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, onde ela continuou na UTI até morrer. O Hospital nos escondeu o fato, ficamos sabendo quando ela já estava na Santa Casa. Toda minha vizinhança é testemunha do estado que estava o corpo dela. Todo roxo de pancadas. Na época não denunciei porque tive medo. Somos pobres, e pobre só tem a perder. Estou denunciando agora porque vi na televisão que estavam investigando os crimes do Hospital Guararapes. E nós também queremos justiça” (DEPOIMENTO 1).

“Venho denunciar o assassinato do meu pai, GERALDO ALVES DA SILVA, conforme certidão de óbito, anexo. Em fevereiro de 1991 meu pai foi internado na Casa de Repouso Guararapes de Sobral/CE, ficando lá somente dois dias quando foi violentamente torturado até a morte. Soubemos que ele que ele havia morrido através de terceiros. O hospital nunca nos comunicou o óbito. Eles esconderam o corpo, e quando eu pedi para ver o cadáver do meu pai eles me barraram na porta. Depois que briguei muito, muito tempo depois eles entregaram o corpo. Ele estava todo quebrado de pauladas. Entre uma sobranceira e outra, deram uma paulada tão grande que afundou. No hospital disseram que eu não fosse dar, pois não ia dar em nada. Mesmo assim, eu fui a polícia e dei queixa, mas não adiantou. Por lá eles abafaram tudo. Por sermos uma família pobre, sem nenhum recurso para lutar contra o Guararapes, a morte de meu pai ficou impune. O assassinato de Damião Ximenes, vítima fatal do Guararapes, assim como meu pai, e muitos outros que foram abafados, corre o risco de ficar impune, se as autoridades desse Estado, desse país, não tomarem providências sérias. Estamos esperando pela Justiça de Deus, porque a justiça dos homens foi negada” (DEPOIMENTO 2).

“[...] Naquela casa fui muito mal tratado, vi muito maus tratos, muita sujeira, a água bebida de uma torneira quente, e quando por uma vez quis sair dali de dentro da casa, fui empurrado e tive o botão da camisa arrancado. [...] No

hospital Guararapes tudo tinha horário, Comer, tomar banho e até dormir. Sempre havia alguém de olho na gente, e pronto para agir se preciso fosse. Ninguém podia ficar isolado. Todos andávamos em grupo como se fôssemos animais indo para o matadouro. [...] O depoimento que estou dando é para que tudo ali melhore, a comida é de péssima qualidade, se você desejar o mal a alguém aqui na terra, só basta que ela seja hospitalizada na Casa de Repouso Guararapes” (DEPOIMENTO 3).

Os depoimentos colhidos durante o processo de intervenção são chocantes pela marca da violência tutela pelo Estado. A visita dessa Comissão no dia 17 de maio de 2000, possibilitou verificar a precariedade do lugar (que provavelmente encontrava-se naquele estado há anos) e da ala chamada “porão” que revelava aspecto de abandono e completa inadequação do lugar, onde funcionavam duas enfermarias em que pacientes dormiam e passavam longos períodos de internação. Também foi encontrado nos relatos de outros funcionários e pacientes como sendo estes autores de vários atos violentos, inclusive violência sexual, cometidos muito antes da morte de Damião Ximenes Lopes (PIPDXLB, 2003).

Na visita supracitada foi questionado onde estaria o Contrato da Casa de Repouso Guararapes com o SUS, pois a comissão não encontrou nenhum contrato deste Convênio. E não havendo um contrato prévio, somos levados a crer que as pessoas eram internadas em um lugar onde o sistema público mantinha convênio, mas não exercia qualquer influência, não fiscalizava e não desempenhava as funções de controle e regulação preconizadas pela Constituição, pela Lei Orgânica do SUS, nem pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), que dava ao Município de Sobral, a função deste controle e regulação, por ser município com gestão plena dos sistemas de saúde, com obrigação de exercer as funções de fiscalização, regulação e controle das ações em saúde (PIPDXLB, 2003).

Em suma, a Casa de Repouso Guararapes era entidade privada, prestadora de serviço público de saúde. Não há, entretanto, registros documentais de seu credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde. Não obstante, qualquer interferência do Poder Público na esfera privada deve ser, de acordo com os ditames do Estado Democrático, precedida do devido processo legal. Conseqüentemente fez-se necessária a decretação de junta interventora na referida Casa de Repouso (PICBCDXL, 2005).

O Relatório da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará observa que muito embora já houvesse leis regulando o funcionamento de estabelecimentos como a Casa de Repouso Guararapes, na prática, o Estado não exercia o controle necessário da instituição (PIPDXLB, 2003).

A psiquiatra Lídia Dias, militante dos direitos humanos e Coordenadora do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial (na época da morte de Damião) foi procurada pela família Ximenes Lopes para fazer um Parecer sobre o quadro psíquico de Damião Ximenes e o que poderia ter causado sua morte. Para tanto, a médica começou a elaborar este parecer a partir das declarações da família, dos relatórios das sindicâncias promovidas na Casa de Repouso Guararapes, onde constava a cópia do prontuário de Damião, bem como com base no relato de, Irene Ximenes presentes no livro “A Instituição Sinistra”, publicado em 2001 (PIPDXLB, 2003).

No laudo da necropsia realizado no corpo de Damião na data do dia 4 de outubro, quando de seu falecimento, não havia referência nem descrição do encéfalo de Damião, e nem da descrição feita pelo motorista do carro que transportou o corpo de Sobral até Fortaleza. Segundo este motorista, saía grande quantidade de sangue do ouvido e do nariz de Damião, o que levou a referida médica a fazer interrogações no relatório e no parecer dado a família, se a causa morte não teria sido de fato um traumatismo crânio-encefálico, onde a descrição de sangue no encéfalo, em qualquer área dele e outros aspectos, seria de grande importância. Ela chegou a julgar que por algum motivo o exame do encéfalo não houvesse ocorrido, por isso não descrito. Contudo, na exumação do corpo, ocorrida no dia 6 de abril de 2002, a médica informa que a carlota craniana estava aberta quase ao meio, como tradicionalmente é feito nos exames de necropsia, mas tal fato não foi descrito no laudo de necropsia (PIPDXLB, 2003).

O fato é que o laudo de morte indeterminada vem sendo usado hoje como argumento de que não houvera violência, mas a médica acredita que os depoimentos afirmando haver sangramento saindo do ouvido e das narinas de Damião, antes e depois de sua morte, indicam no mínimo, que houve negligência, como também afirma o relatório da sindicância do representante da Secretaria Estadual de Saúde, datado de novembro de 1999 (PIPDXLB, 2003).

Borges (2009) destaca o quanto foi importante o parecer da médica Lídia Dias sobre as condições de internação e possíveis causas da morte de Damião:

Lídia conseguiu mostrar que Damião fora vítima de tortura, e não de tratamento psiquiátrico. Lídia mostrava-se ainda estupefata com o tratamento psiquiátrico, Lídia mostrava-se ainda estupefata com o “tamanho da comitiva do Brasil” na audiência em San José e, mesmo não falando das pressões que sofreu, isso reforçava sua indignação com a demora do Brasil em reconhecer a responsabilidade pela morte de Damião (p.60).

A intervenção na Casa de Repouso Guararapes que teve duração de 120 dias culminou com o descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes do Sistema Único de Saúde, efetivado por meio da decisão administrativa nº113, de 10 de julho de 2000 (PICBCDXL, 2005).

O Município de Sobral não se cingiu somente a medidas burocráticas de intervenções e descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes, mas instituiu um novo sistema de saúde mental, composto pelos Centros de Atenção Psicossocial e internamento em Hospitais Gerais.

Todavia, segundo Martinho (2011, p.160), na análise do documento intitulado “Proposta para Implantação da Rede Municipal de Assistência à Saúde Mental”, assinado pelo Secretário de Saúde e Ação Social de Sobral em 9 de novembro 1999, pode-se afirmar com grande grau de certeza que o fechamento da Casa de Repouso Guararapes não fazia parte dos projetos governamentais para a assistência psiquiátrica local em 1999. Na avaliação das informações, o pesquisador destacou elementos do documento que comprovam, claramente, que não fazia parte da proposta governamental municipal, com consequências de âmbito regional, descredenciar Guararapes. A justificativa era que a população da região Norte do estado do Ceará ficaria desassistida sem Guararapes. Além disso, o pesquisador observa que bastaria um CAPS para atendimento da população sobralense, ou seja, o Guararapes (atenderia a população de fora do Município de Sobral) não seria mantido para garantir atenção em saúde mental ao município de Sobral.

Borges (2009, p. 60-61) com base em depoimentos da médica Lídia Dias ressalta que:

o Secretario de Saúde e a família Gomes jamais atrelaram a morte de Damião à administração de Sobral e, desse modo fechar a clínica foi uma tarefa muito difícil, uma medida que feriu o orgulho local e teve repercussão internacional. Após a audiência da Costa Rica, Lídia ficou chocada, pois descobriu quem eram “seus companheiros” e “teve várias coisas que não tinham sido exploradas e que tornamos públicas, como, por exemplo, omissão de provas”. “Hoje penso, que deveríamos ter explorado a violência contra mulheres, já que essas outras facetas dos hospitais psiquiátricos não são mostradas”. Depois da audiência, concluiu Lídia: “Todos os boletins do Ministério da Saúde referem Damião Ximenes, os relatórios de gestão do Ministério também e o nome dele se inscreveu na história da saúde mental no Brasil. Somente depois da Costa Rica, o Governo Lula acordou para isso”.

3.2.4 Os novos rumos da saúde mental: reflexos do caso reformista

Em 2005 aproximava-se a conclusão do Processo Internacional sobre a morte de Damião Ximenes Lopes, paralelamente, o País corria contra o tempo, na tentativa de

mostrar dentro do referido processo as mudanças já ocorridas no campo da saúde mental em Sobral-Ce e no país inteiro. O primeiro CAPS de Sobral até a morte de Damião funcionava no CEM desde 1998, ou seja, esse equipamento ainda não tinha um espaço próprio, somente no final de 1999 a equipe de saúde mental que atuava no CEM foi transferida para uma outra estrutura, ganhando um lugar próprio para seus atendimentos, recebendo em 2002 do Ministério da Saúde a classificação de CAPS II. Depois do processo da intervenção na Casa de Repouso Guararapes e, conseqüente descredenciamento do SUS, bem como do seu fechamento, o CAPS II de Sobral teve seus serviços rapidamente ampliados, segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica. Neste contexto de avanços, o Poder Público nomeou CAPS de Sobral, com o nome de Damião Ximenes Lopes⁴⁷ que tinha a pouco tempo sido vítima do modelo asilar/manicomial predominante até sua morte. É importante destacar que durante a audiência pública do Brasil na Corte Interamericana de Direitos humanos (São José – Costa Rica), realizada entre 30 de novembro e 1º de dezembro de 2005 (para apurar o caso da morte de Damião) foi distribuído entre os participantes da audiência um folder de apresentação do CAPS II de Sobral que tinha recebido o nome de Damião Ximenes Lopes após o processo de intervenção.

Irene Ximenes afirma que recebeu o referido folder

“no momento da audiência do caso Damião Ximenes, um representante do governo brasileiro estava distribuído na corte enquanto acontecia a audiência, eles queriam provar que já tinham feito o bastante, quando o nome de Damião foi dado a um CAPS de Sobral. Faltou senso do ridículo, primeiro, porque a iniciativa do nome do CAPS foi da Secretária Municipal de Saúde de Sobral, que não tem nada com o Estado, nação brasileira, municípios tem autonomia própria, segundo, isto é insignificante em termos de reparação de danos morais ou físicos, terceiro, deveriam saber que este panfleto já era notícia velha para mim, já que moro nas imediações de Sobral e acompanhava o caso melhor do eles, então, o propósito da entrega deste panfleto a minha pessoa só pode ter sido uma provocação, uma ironia, um deboche da minha luta” (IRENE, MARÇO DE 2015).

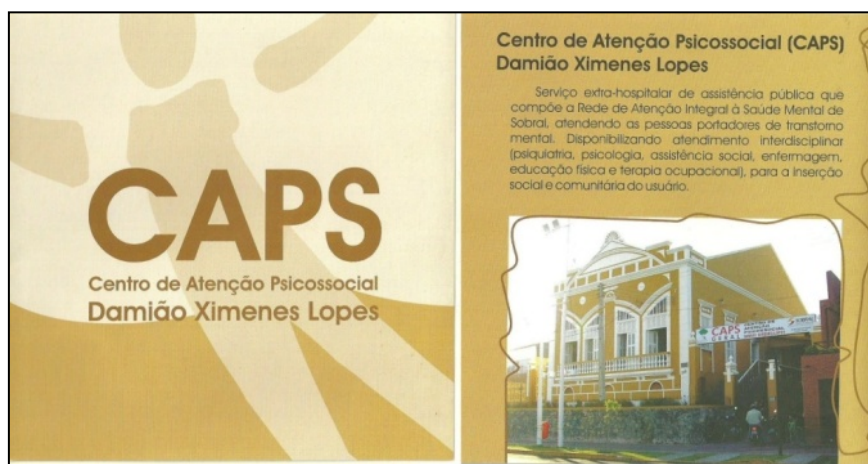
A partir do comentário apresentado acima, podemos imaginar o quanto foi difícil para a irmã de Damião enfrentar os eventos inesperados da audiência pública. Além desse

⁴⁷Apuração do caso encontrava-se em tramitação no Sistema Interamericano de Direitos, cuja Corte desse Sistema geralmente aplica em suas sentenças *Medidas de Satisfação*, que compreende a reparação do dano imaterial, de forma não pecuniária, atos de reconhecimento de responsabilidades, desculpas públicas e homenagem às vítimas, com publicação de suas memórias, reconhecimento de espaços públicos com seus nomes. Quando o CAPS local ganhou o nome de Damião, o Brasil estava reconhecendo suas responsabilidades e se antecipando à uma das medidas que a Corte poderia determinar no final da apuração do caso.

comentário, Irene disponibilizou o folder em comento para nossa pesquisa, conforme imagem destacada abaixo.

Imagem 19

CAPS II Damião Ximenes Lopes



Fonte: Foto pública disponível no acervo do Instituto Damião Ximenes (2009)

No referido folder, encontramos como objetivos do CAPS II Damião Ximenes Lopes: a) Cuidar das pessoas portadoras de transtornos mentais, oferecendo assistência psicossocial; b) desenvolver atividades de integração familiar, comunitária, evitando a estigmatização e isolamento social das pessoas com transtorno mental; c) fiscalizar atividades de cunho econômico político e sócio-cultural que propiciem o exercício de cidadania; d) estabelecer parcerias com entidades públicas e/ou privadas, as quais possam oferecer atividades culturais, assistência a saúde, desenvolvimento do gosto artístico, da experiência lúdica, atividades esportivas, capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho.

O folder informa que as atividades do referido CAPS são: a) Atendimento individual (de avaliação, medicamentoso, psicoterápico, de atenção e familiar); b) Mantém grupos de crianças, pais educadores, psiquiatria, queixas difusas, familiares e geração de renda; c) Visitas domiciliares; d) Atividades comunitárias que visam à inclusão social do portador de transtorno mental e a desastigmatização; e) Desenvolvimento de ações intersetoriais com as áreas da justiça, assistência social, habilitação, educação e desenvolvimento econômico; f) Grupos de Convivência onde são atendidos os pacientes intensivos por equipe multidisciplinar, oferecendo atividades expressivas, lúdicas, esporte, arte, cuidados pessoais, cidadania, abordagem acerca do transtorno mental enfocando a importância do tratamento.

No mesmo folder é informado como encaminhar sujeitos como transtornos mentais para o CAPS. Nesse caso, o indivíduo com sofrimento psíquico, deve ser orientado a procurar a Unidade de Saúde da Família do seu bairro, onde a equipe de saúde avaliará o caso e dependendo da complexidade, esta pessoa poderá receber assistência na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou então ser encaminhada para o CAPS.

Como diz Silva (2011, p.128):

Visto de fora, o CAPS Damiano Ximenes Lopes de Sobral-CE parece um casarão antigo; visto de dentro, um ambulatório de saúde, com consultórios para consulta e uma sala de recepção na qual se pegam senhas. Da calçada da Av. Boulevard, têm-se acesso ao CAPS subindo uma escada. Logo à frente da escada estão alguns bancos e sofás, mais adiante, a sala de administração. À esquerda está a casa, cuja entrada é pela sala de estar, onde estão mais móveis para as pessoas aguardarem as consultas e uma mesa com telefones e armários, onde ficam os atendentes. No primeiro andar há quatro salas nas quais acontecem as consultas (duas para atendimentos individuais, duas para atendimentos grupais), a cozinha, o refeitório e a sala da enfermagem. No segundo andar existe mais uma sala; nela costumam acontecer tanto consultas quanto reuniões de equipe, dado seu amplo tamanho. Quase todas as salas têm ar-condicionado.

Com relação a nova Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM), instituída após o processo de intervenção na Casa de Repouso Guararapes, o folder informa que esta Rede é composta por outros equipamentos psicossociais: a) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD); b) Serviço Residência Terapêutica (SRT); c) Enfermaria Psiquiátrica no Hospital Geral Dr. Estevam Ponte (foi credenciado pelo SUS como hospital geral após intervenção na Casa de Repouso Guararapes). É destacado que esses serviços funcionam de forma articulada com equipes de Saúde da Família. De tal modo, que a Saúde Mental de Sobral tem extrapolado os limites da clínica, atuando de modo a propiciar a destigmatização a inserção social e comunitária da pessoa portadora de transtorno mental. Para atingir tais objetivos tem sido imprescindível o apoio da sociedade civil e Organizações Governamentais.

O Hospital Guararapes recebeu Damiano no “outro lado do rio” com vida, mas a sua terapêutica letal foi eficaz de tal modo, que Damiano voltou morto para “o lado esquerdo do rio” que era o lado mais triunfante da cidade. Como seu sangue correu pelo lado dos Direitos Humanos sua morte gerou ampla repercussão, na cidade de Sobral, no Estado do Ceará e no País inteiro, deflagrando uma verdadeira revolução no sistema de saúde local e nacional, por conta de pressões de órgãos internacionais. Hoje, dobrando a esquina e andando no maior corredor cultural da cidade de Sobral-Ce, ao lado do Arco do Triunfo (Cartão Postal da cidade) podemos ler o nome de Damiano Ximenes Lopes exposto

na parede de um dos edifícios tombados, onde funciona o CAPS GERAL II DAMIÃO XIMENES LOPES. Da micro a macro visibilidade Damião (um sujeito que veio da instituição mais negada do “outro lado do rio Acaraú”) ainda hoje faz a história da saúde mental de Sobral-Ce e do Brasil.

Imagem 20

Rede de Atenção Integral à Saúde Mental



JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE 25.08.2000
FORTALEZA, CEARÁ-SEXTA-FEIRA, 25 DE AGOSTO DE 2000, PÁG.1
Fonte: JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE

Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral (RAISM) representa um marco divisor do modelo de auxílio à saúde mental do Município, pois entre outros aspectos ampliou a consciência social e institucional da complexidade do fenômeno do transtorno mental, expondo limitações das ações até a morte de Damião. Desde então o sistema de atendimento ao sujeito com transtorno mental sofreu, não apenas em Sobral, mas em todo o Brasil, profunda reforma, que tem rendido aplausos e homenagens ao Estado brasileiro por parte da comunidade internacional, inclusive a OMS e OPAS. No novo modelo, a regra é a não internação do sujeito com transtorno mental, que passa a ser atendido em hospitais gerais (e não mais em manicômios), com o intuito de não segregar o indivíduo e, com isso evitar a sua marginalização social (PICBCDXL, 2005).

No ano de 2000, segundo as diretrizes do novo programa, foi fomentada a parceria entre o Programa Saúde da Família e a Equipe de Saúde Mental no Município de Sobral. A ideia era de que médicos e enfermeiros, quando de sua visita aos domicílios familiares, pudessem manejar de forma efetiva situações psicossociais mais prevalentes. Entre os meses de outubro de 2000 e abril de 2001, um psiquiatra passou a realizar visitas de supervisão em esquema de rodízio, cada semana em uma localidade, com o intuito de discutir os casos de demanda psiquiátrica que dificilmente poderiam se deslocar para atendimento especializado. Nessas visitas de supervisão foram desenvolvidas as seguintes atividades: 1) discussão dos casos clínicos com base em informações do prontuário

familiar; 2) avaliação de casos clínicos com base em informações na presença de técnicos, usuários e familiares; 3) realização de visitas domiciliares de técnicos de Saúde Mental em companhia de membros do Programa Saúde da Família; 4) discussão teórica referente ao diagnóstico em saúde mental, manejo de psicofármacos e dinâmica de atendimento de pacientes neuróticos e psicóticos (PICBCDXL, 2005).

Foi, portanto, a partir dessa experiência positiva, que se demonstrou de forma inequívoca a importância do Programa Saúde da Família na potencialização e ampliação da rede social de suporte aos sujeitos com transtornos mentais. Cada unidade do Programa Saúde da Família passou, então, a receber a supervisão semanal de um técnico da Equipe da Saúde Mental (PICBCDXL, 2005).

Dentro da mesma filosofia, foi instaurada uma nova forma de gestão das internações psiquiátricas, que foram transferidas para uma enfermaria do Hospital Geral Estervan Ponte no Município de Sobral. A criação de uma Unidade de Internação Psiquiátrica teve o objetivo principal de garantir uma retaguarda diferenciada aos sujeitos com transtornos mentais, especialmente àqueles provenientes de outros municípios, que não contavam ainda com dispositivos organizados de atenção (PICBCDXL, 2005).

Nesta unidade sempre que possível é estimulada presença de um acompanhante durante a internação do usuário no sentido de evitar o rompimento dos laços sócio-familiares, inclusive, foi criado um dispositivo chamado “redário” dentro da Unidade Psiquiátrica que compreende ao sistema de armadores para que os acompanhantes dos pacientes possam colocar redes para dormirem, visto a cidade é muito quente. Estes acompanhantes são atendidos e orientados pela psicologia e a enfermagem que desenvolvem um trabalho de educação em saúde mental. Orienta-se a identificação e mediação de problemas de relacionamento em família de forma a evitar futuras internações, as quais, sempre que possível, devem restringir-se a casos de urgência (PICBCDXL, 2005).

No caso do SRT de Sobral, também batizado pelos usuários de lar “Renascença” foi criado no dia 06 de julho de 2000, tendo em vista que a Casa de Repouso Guararapes foi descredenciada dia 20 de julho do mesmo ano. Barros (2008) afirma que SRT de Sobral é o primeiro do Ceará e de toda região nordeste e também o primeiro de caráter público criado no Brasil após a publicação, pelo Ministério da Saúde, da portaria nº. 106, de 11/02/2000.

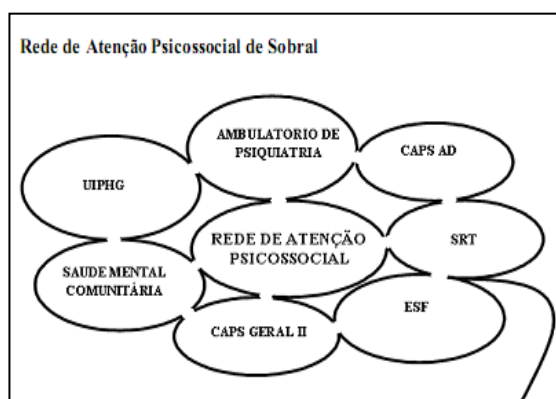
Cabe salientar que, atualmente, o Município de Sobral destaca-se no cenário nacional pelo sucesso das reformas psiquiátricas que tem implementado. Dentro da sua rede de sua RAISM, o município conta hoje com o apoio das seguintes instituições e

equipes: 1) Centro de Atenção Psicossocial Damião Ximenes Lopes – CAPS especializado no tratamento de pessoas com quadro de psicose e neurose; 2) Centro Psicossocial – CAPS AD – especializado no tratamento de álcool e drogas; 3) Serviço Residencial Terapêutico - SRT ; 4) Ambulatórios de Psiquiatria Regionalizado no Centro de Especialidades Médicas; 5) Unidade de Saúde Mental no Hospital Geral Estevan Ponte; 6) Equipes do Programa Saúde da Família (PIAFBCDXL, 2006).

Sendo assim, a pesquisadora Márcia Mont’Alverne Barros (2008) destaca que a RAISM está organizada e articulada da seguinte forma:

Imagem 21

Fluxograma da RAISM de Sobral



Fonte: DUARTE, S.R, 2006 apud ADAPTADO POR BARROS, p.50, 2008.

Conforme Sampaio e Cordeiro (2007a), os Documentos Produzidos pela RAISM de Sobral ou com sua participação, no período 1999 a 2007 são:

Tabela 4: Documentos da RAIM de Sobral

Documento	Data
Política Municipal de Saúde Mental de Sobral (Seminário na Universidade Vale do Acaraú-UVA)	1999
Projeto de Lei de Reforma Psiquiátrica Municipal de Sobral	2000
Carta de Ytacaranha (Oficina do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará-COSEMS/Ce)	2000
Relatório Final do 1º Seminário de Avaliação da RAISM Sobral	2000
Carta de Fortaleza (Congresso Estadual de CAPS do Ceará, na Universidade Estadual do Ceará-UECE)	2001
Manual de Organização de CAPS	1ª redação (Quixadá): 1996 2ª redação (Sobral): 2001
Carta de Quixeramobim (Jornada de Saúde Mental de Quixeramobim)	2003
Norma sobre APAC ao Conselho Municipal de Saúde de Sobral	2003
Relatório Final do 2º Seminário de Avaliação da RAISM Sobral	2003
Estatuto da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental	2003
Relatório Final da Pesquisa Avaliativa do CAPS Sobral	2004
Relatório Final do 3º Seminário de Avaliação da RAISM Sobral	2006

Fonte: SAMPAIO; SANTOS; SILVA, 2001 APUD SAMPAIO E CORDEIRO, p.10, 2007a

Para Sampaio e Cordeiro (2007a), o conjunto destes documentos fornece os elementos para os processos de avaliação e estabelece dois dispositivos de ação permanente: educação e supervisão.

Nesta perspectiva, Estado brasileiro destacou em 2006, na Corte IDH que:

O Município de Sobral, em particular, é hoje considerado modelo em termos de política de saúde mental no Brasil, tendo recebido o prêmio David Capistrano da Costa Filho de “Experiências Exitosas na Área de Saúde Mental”, o que atesta as transformações ocorridas desde 1999. Observe-se, com isso, que o Estado, motivado pelo trágico episódio da morte de Damião Ximenes Lopes, não apenas acelerou a implementação de reformas que já considerava fundamentais no atendimento de saúde mental, superando a precariedade daquela época, como assumiu a vanguarda dos países da América Latina na prestação dessa especial modalidade de serviço público (PIAFBCDXL, p.5, 2006).

Barros (2008) também reforça que a Rede de Atenção Psicossocial de Sobral estabelecida após a morte de Damião Ximenes estava condizente com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira e vinha sendo premiada nos últimos anos, conquistando o reconhecimento em nível nacional. Em 2001 foi contemplada com o Prêmio David Capistrano da Costa Filho, na categoria Experiências Exitosas na área da saúde mental, promovido pelo Ministério da Saúde, por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde Mental; em 2003 recebeu uma homenagem do Governo Federal pela organização da atenção em saúde mental no município, em 2005 venceu o Prêmio de

Inclusão Social, na categoria Clínica, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria e patrocínio da Indústria Farmacêutica Eli Lilly do Brasil. Em 2006, destacou-se como a grande vencedora do Prêmio Saúde É Vital, (Categoria Saúde Mental) promovido pela renomada Editora Abril.

Para Monteiro (2015, p.21 grifo nosso),

a publicação do caso (Damião Ximenes) desencadeou articulações políticas na cidade no sentido de dar respostas urgentes às graves acusações que emergiram de vários segmentos da sociedade, referentes aos maus tratos no interior de um equipamento de saúde, que, mesmo privado, fazia parte do suporte à saúde mental que a Secretaria de Saúde disponibilizava aos moradores do município e de cidades vizinhas, sendo subsidiado em sua totalidade por repasses do SUS. Segundo o meu entendimento, a criação da RAISM foi uma resposta “costurada politicamente” às pressas como uma ação conivente com um momento de modernização.

O modelo manicomial foi o prevalente em Sobral durante vinte e seis anos, ou seja, entre 1974 e 2000 (MONTEIRO, 2015). Tal modelo foi rompido em um período de nove meses por conta de uma verdadeira revolução no sistema de saúde mental local e nacional, que acelerou a implementação da Reforma Psiquiátrica.

Ou seja, em um período de apenas nove meses, a implantação de uma rede municipal de Saúde Mental teve que ser acelerada a partir de dois serviços – um ambulatório incipiente e um manicômio – para uma nova estrutura que fosse consoante com as conquistas sanitárias do município descritas no período anterior. Um grande número de transformações aconteceu durante o ano de 2000: o ambulatório se transformou em um CAPS, que recebeu sua primeira sede própria, seguindo os referenciais da Reforma Psiquiátrica no Ceará (TÓFOLI E FORTES, 2005-2007, pp.36-37).

De acordo com Sampaio e Cordeiro (2007a), os Serviços de Assistência Psiquiátrica de Sobral em 2005 tinha as capacidades e coberturas destacadas no quadro abaixo.

Tabela 5 - Capacidades e coberturas dos Serviços de Assistência Psiquiátrica de Sobral, em 2005.

Serviço	Unidade	Capacidade	Cobertura
Pronto-atendimento	Centro de Especialidades Médicas	240 consultas/mês	Macrorregião de saúde, sem Sobral
Hospital (internação prolongada)	Hospital Geral Dr. Estevam	17 leitos	Sobral e macrorregião
Emergência	Hospital Geral Dr. Estevam	Demanda espontânea	Sobral e macrorregião
Supervisão das ações de saúde mental comunitária	CAPS Geral	Demanda triada	Sobral
Ambulatório psicológico-psiquiátrico	CAPS Geral	900 atendimentos/mês	Sobral
Supervisão das internações	CAPS Geral	Demanda triada	Sobral
Reabilitação psicossocial	CAPS Geral	400 atendimentos/mês	Sobral
Atenção integral a álcool e drogas	CAPS AD	600 atendimentos/mês	Sobral
Atenção integral a crônicos egressos do ex-Hospital Guararapes	Residência Terapêutica	08 vagas	Sobral e macrorregião
Política Municipal de Saúde Mental			
Conferência Municipal de Saúde Mental			
Coordenação Municipal de Saúde Mental			
Supervisão Institucional			
Rede Integral de Serviços			

Fonte: SECRETARIA DA SAÚDE E AÇÃO SOCIAL DE SOBRAL, 2005 apud SAMPAIO E CORDEIRO, 2007a.

Os avanços e fundamentos apresentado até aqui foram devidamente registrados dentro do Processo Internacional pelo Estado brasileiro, mas mesmo assim não impediram que o Brasil fosse condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos em 4 de julho de 2006 pela morte de Damião Ximenes Lopes, sendo obrigado a cumprir, entre outras medidas, a intensificação das mudanças no campo da saúde mental de Sobral e de todo País.

4 A SENTENÇA DO CASO DAMIÃO E A “CONDENAÇÃO DA SAÚDE MENTAL” BRASILEIRA

4.1 Sentença internacional da Corte IDH: 4 de julho de 2006

No dia 22 de novembro de 1999 a Comissão IDH recebeu uma carta-denúncia⁴⁸ da morte de Damião Ximenes Lopes durante uma internação psiquiátrica, na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, Estado do Ceará. Em 14 de dezembro do mesmo ano esta Comissão remeteu ao Brasil a denúncia que recebera, concedendo-lhe um prazo de 90 dias para responder. Em 14 de fevereiro de 2000 a Comissão recebeu a Petição da denunciante (Irene Ximenes – irmã de Damião), informando que até aquela data as autoridades locais não tinham tomado nenhuma providência sobre o caso e dava conta que outro paciente tinha sido vítima de tortura na mesma Casa de Repouso Guararapes. Em 17 de fevereiro a Comissão acusou o recebimento de informações adicionais da denunciante datada de 31 de janeiro de 2000, onde esta juntou informações e trouxe à colação novos documentos de provas. Nessa mesma data a Comissão transmitiu ao Brasil as informações adicionais recebidas e concedeu-lhe um prazo de 60 dias para que este prestasse informações. Em 01 de maio de 2000 a Comissão remeteu ao Estado brasileiro, outra nota pedindo-lhe que prestasse as informações necessárias no prazo de 30 dias⁴⁹, sob pena de aplicação Artigo 42 do Regulamento da Comissão IDH (renúncia tácita do Estado ao seu direito de resposta).

Diante da falta de resposta do Estado brasileiro, a Comissão admitiu a denúncia e aprovou no 116º Período Extraordinário de Sessões o Relatório de Admissibilidade nº38/02, encaminhado a peticionária (Irene Ximenes) e ao Estado brasileiro em 25 de outubro de 2002. Em 8 de maio de 2003 a Comissão IDH se colocou à disposição das partes para procedimento de solução amistosa. Em 17 de maio de 2003, a Comissão IDH recebeu comunicação da peticionária (Irene Ximenes) em que solicitava que se considerasse

⁴⁸A Irene Ximenes, irmã de Damião Ximenes Lopes enviou pelo sistema virtual de denúncia da Comissão Interamericana sobre Direitos Humanos uma carta-denúncia sobre a perversa morte de seu irmão. Irene em Borges (2009) comenta como aconteceu o envio desta denúncia à Comissão IDH: “Naqueles dias eu fiquei horas na internet pesquisando tudo o que fosse possível sobre direitos humanos, sabe aqueles sites de busca ‘onde’ e ‘cadê’? Então, numa das pesquisas encontrei o site da OEA e da CIDH e enviei a denúncia [...] O acesso à internet era discado e, por isso, usava o período da madrugada para pesquisar”. Depois Irene informou que, em 1999, existiam apenas dois computadores com acesso à internet em Ipueiras, um deles na sua casa.

⁴⁹A Comissão solicitou que nesse prazo de 30, que o Brasil enviasse: 1) cópia do diagnóstico de entrada de Damião Ximenes Lopes à Casa de Repouso Guararapes do dia primeiro de outubro de 1999; e 2) Cópia do contrato de direito público ou convênio entre o SUS e a Casa de Repouso Guararapes, no qual se estabeleceu a referida Casa de Repouso como prestadora de atendimentos médicos em nome do SUS.

o Centro de Justiça Global ⁵⁰, do Rio de Janeiro; o Escritório de Advocacia Ropes & Gray LLP⁵¹, com filiais em Boston, Nova York, São Francisco e Washington; e o Fórum Cearense da Luta Antimanicomial⁵² como co-peticionários (*amicus curiae*) no caso Damião Ximenes Lopes.

A primeira manifestação do Estado brasileiro sobre a referida denúncia foi aconteceu em 10 de março de 2003, o Estado formulou algumas considerações no que diz respeito ao processamento do caso, mas em nenhum momento refutou os fatos relatados na denúncia. Em 2004, o Brasil resolveu responder os sobre os fatos alegados pela denunciante e as solicitações da Comissão IDH sobre a denúncia de morte de Damião Ximenes. Nessa ocasião, o Brasil tinha em mãos um Relatório minucioso de todos os avanços da Saúde Mental brasileira implementados entre os anos de 2000 e 2004. O problema é que a Comissão IDH não aceitou a resposta tardia do Estado brasileiro, pois já havia denunciado o caso à Corte IDH.

O silêncio do Estado ou sua contestação alusiva foram interpretados pela Corte IDH como se o Estado tivesse aceitado todos os fatos denunciados. Quem deve provar os fatos (ônus da prova), em princípio, é a parte denunciante ou petionária (Irene Ximenes), mas a falta de contradição do Estado produz na prática uma inversão do ônus da prova, assim o Estado é que teve de provar os elementos contra os fatos alegados. Se o Estado não contradiz os fatos, nem produz provas destinadas a questioná-los, o órgão julgador pode presumir verdadeiros os fatos alegados, sempre que não existam elementos de convicção que possam fazê-la concluir de outra maneira.

À Comissão IDH é facultada para solicitar informações às parte, para realizar investigações In-loco a respeito de assuntos submetidos ao seu conhecimento, e para arrecadar as provas que estime pertinentes. O Estado, por sua vez, além do ônus de provar os fatos utilizados em sua defesa, tem a obrigação de colaborar, o que inclui submeter a informação solicitada pela Comissão e proporcionar todas as facilidades necessárias para as investigações que este órgão decidir realizar.

⁵⁰O Centro de Justiça Global é uma organização não-governamental dedicada à promoção da justiça social e dos direitos humanos no Brasil cujo trabalho está baseado no uso dos mecanismos internacionais de proteção dos direitos humanos. O Centro de Justiça Global teve um forte interesse nesse caso por seu enfoque na realização plena dos direitos garantidos na Convenção Americana de Direitos humanos no Brasil.

⁵¹Escritório de Advocacia Ropes & Gray LLP tem um grande comprometimento social, seja através de atividades *pro bono*, seja através de atividades de serviço social, o que inclui representação do interesse público ou de grupos de advogados através do *amicus curiae*.

⁵²O Fórum Cearense da Luta Antimanicomial reúne entidades e pessoas que constroem o Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, que passou a acompanhar o caso da morte de Damião Ximenes Lopes desde as primeiras denúncias da sua família, de que ele morrera em decorrência de violência e maus tratos no interior da Casa de Repouso Guararapes, em 1999.

A Corte IDH assinala que nos processos sobre violações de direitos humanos, a defesa do Estado não pode descansar sobre a impossibilidade do demandante de alegar provas que, em muitos casos, não podem ser obtidas sem a cooperação do Estado. É o Estado que tem controle dos meios para esclarecer os fatos ocorridos dentro do seu território. A Comissão IDH, embora tenha faculdades para realizar investigações, na prática depende para poder efetuar-las dentro da jurisdição do Estado, da cooperação e dos meios proporcionados pelo próprio Governo.

De acordo com a Corte IDH, para um tribunal internacional, os critérios de valoração da prova dos fatos são menos formais que nos processos internos. Quanto ao requerimento de prova, esses mesmos sistemas reconhecem seus graus diferentes que dependem da natureza, caráter e gravidade do bem violado. A prática dos tribunais internacionais demonstra que a prova direta, seja testemunhal ou documental, não é a única que pode legitimamente ser considerada para fundamentar a Sentença internacional. A prova circunstancial, os indícios e as presunções, podem ser utilizados, sempre que deles possa inferir-se conclusões consistentes sobre os fatos.

É importante destacar que o objeto do processo interno é determinar a responsabilidade individual pela vulneração de direitos fundamentais cometidos, seja por agentes do Estado, seja por pessoas que não ostentem este caráter. Todo o julgamento recai na maioria das vezes “sobre a pessoa do acusado, um homem de carne e osso com uma história individual, com um conjunto sempre único de qualidades, peculiaridades, padrões de comportamento e circunstâncias” (ARENDETT, 1999a, p.309).

Já o objeto do processo Internacional visa estabelecer se existe responsabilidade internacional do Estado pela violação dos direitos humanos consagrados em tratados e outros instrumentos internacionais. De maneira que, enquanto no processo interno é imprescindível conhecer a identidade do agente estatal que cometeu a violação de direitos humanos. No processo internacional basta que se tenha determinado que a violação foi cometida por um agente ou órgão do Estado, ainda que sua identidade não tenha sido determinada, para que surja a responsabilidade internacional do Estado. Embora não se tenha identificado o autor individual da violação, corresponde ao Estado indenizar a vítima, ou seus familiares, se tal violação foi cometida por um agente estatal.

No final de 2005 entre os dias 30 de novembro e 01 de dezembro aconteceu uma audiência pública em San José Costa Rica, no qual o acusado era o Brasil pela morte de Damião Ximenes Lopes, bem como pelo descumprimento das disposições da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Artigos 4 - direito à vida, 5 – direito à

integridade pessoal, 8 – direito às garantias judiciais e 25 - direito à proteção judicial) e a violação ao direito humano à saúde mental que envolve necessariamente o direito à vida. Durante a audiência foi apurada a responsabilidade do Estado brasileiro com relação aos seguintes pontos: 1º) investigação completa, imparcial e efetiva dos fatos relacionados com a morte de Damião Ximenes ocorrida na Casa de Repouso Guararapes em 4 de outubro de 1999; 2º) reparação adequada aos familiares de Damião Ximenes Lopes, pelas violações de seus direitos, inclusive o pagamento efetivo de uma indenização; 3º) estabelecimento de programas de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem para mudança do sistema de assistência à saúde mental do Brasil, de modo a evitar que ocorressem fatos similares no futuro e 4º) pagamento das custas e gastos legais incorridos pelos familiares de Damião Ximenes Lopes na tramitação do caso, tanto no âmbito nacional, como aqueles originados pela tramitação do caso perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos.

Em 4 de julho de 2006 foi prolatada pela Corte IDH a Sentença que condenou o Brasil a cumprir todos os pontos destacados acima. Tal sentença resultou de uma Luta por Amor a Damião (da petionária Irene Ximenes Lopes) e por Justiça (de Irene Ximenes Lopes e dos co-peticionários Escritório de Advocacia Ropes & Gray LLP e Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Justiça Global), que redirecionou o sistema de assistência à saúde mental brasileira. Esta foi a primeira Sentença da Corte IDH que condenou o Brasil por violação dos direitos humanos e versou pioneiramente sobre a temática da saúde mental dentro do Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Como diz Arendt (1999a, p.275) “o objetivo de um julgamento é fazer justiça e nada mais [...]”.

Podemos dizer que este julgamento da Corte IDH não teve um ser humano particular, um único indivíduo no banco dos réus, mas sim o Brasil com sua gigante burocracia, que usando recursos do Governo possibilitou a violação dos direitos humanos de um nacional (Damião Ximenes Lopes), bem como o direito humano à saúde mental da população brasileira (ARENDR, 1999a).

Neste Capítulo, iremos trabalhar principalmente com as questões relacionadas à temática da saúde mental no Caso Damião Ximenes Lopes, dando ênfase ao ponto da Sentença da Corte IDH que condenou o Brasil a estabelecer programas de formação e capacitação direcionados ao pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem para mudança do sistema de assistência à saúde mental do Brasil, de modo a evitar que ocorressem fatos similares ao de Damião Ximenes Lopes no futuro⁵³.

⁵³Uma condenação para (re) educar os profissionais em saúde mental do Brasil.

Para tanto, levaremos em consideração que “a própria monstruosidade dos fatos é minimizada diante de um tribunal” (ARENDDT, 1999a). Para Borges (2009, p.28), “a dor sofrida por Damião era, como qualquer dor, uma experiência interior, que jamais seria expressa em plenitude quando tornada discurso, a fim de alcançar as arenas públicas de compreensão e disputa de significados e responsabilidades”. Isso significa dizer que tudo de não-humano que apresentamos do referido Processo Internacional está “minimizado”, sobretudo, nessa dissertação.

4.2 Parecer técnico sobre saúde mental da OPAS⁵⁴

Imagem 22

Parecer Técnico Geral da OPAS sobre Saúde Mental



Fonte: Processo Internacional do Caso Damião Ximenes Lopes

No mês de setembro de 2003, o Sistema Interamericano de Direitos Humanos através da sua Comissão IDH solicitou um parecer técnico da Organização Panamericana de Saúde (OPSA) sobre estatutos médicos internacionais relacionados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, para que o caso da morte de Damião Ximenes Lopes pudesse ser analisado pelos órgãos do Sistema Interamericano de Direitos Humanos com total segurança técnica internacional. No referido mês, a OPAS emitiu seu parecer técnico respondendo questões específicas acerca do referido caso que tinha sido recebido sob a forma denúncia pela Comissão IDH.

A partir da leitura cuidadosa da denúncia sobre a morte de Damião Ximenes Lopes, a Comissão IDH levantou algumas questões sobre o caso que poderiam ser

⁵⁴Foi nossa a tradução das partes do documento que selecionamos como importantes para essa pesquisa.

respondidas pela OPAS. Esta, por sua vez, na condição de agência especializada em saúde pública vem cooperando nos últimos anos com a execução de atividades técnicas dirigidas à promoção dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Assim, tal agência declara em seu parecer que está sempre à disposição dos órgãos do Sistema Interamericano e da OEA para esclarecimento no que diz respeito à saúde pública. Nesse caso, as questões elaboradas pela Comissão IDH serão destacadas abaixo com as respectivas respostas técnicas emitidas pela OPAS, em setembro de 2003.

1) Em que consiste um “quadro psicótico”?

A OPAS assinala que um “quadro psicótico” faz referência a “uma situação clínica caracterizada pela existência de sintomas psicóticos, e está associado geralmente a alguns transtornos mentais severos”. Que de acordo com o “Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001”, os transtornos mentais “ [...] são considerados afecções de importância clínica, caracterizadas pelas alterações dos processos de pensamento, da afetividade (emoções) ou de comportamento associados a angústia pessoal, alterações de funcionamento ou a ambos”. Nos termos deste Relatório, os transtornos mentais “[n]ão são somente variações dentro da normalidade, mas fenômenos claramente anormais ou patológicos” (OMS, 2001, p.21).

A OPSA também assinala que de acordo com a “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde”, os transtornos psicóticos são um grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela apresentação de sintomas psicóticos, tais como ideias delirantes (ideias falsas ou alheias da realidade), outras perturbações do pensamento e perturbações da percepção, como são as alucinações. Frequentemente, mas não obrigatoriamente, são acompanhadas de agitações psicomotoras e outras alterações do comportamento (OMS, 1992b, p. 314). O que verdadeiramente distingue os quadros psicóticos de outros quadros clínicos é o isolamento da realidade. Muitas vezes estes quadros estão associados à esquizofrenia, não obstante também aparecem em transtornos afetivos severos como o transtorno afetivo bipolar e outros transtornos mentais⁵⁵.

2) Qual a ação indicada no caso de uma pessoa com um “quadro psicótico” que se negue ingerir medicamentos prescritos pelo médico?

⁵⁵U. S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health. Services Administration. Center for Mental Health. National Institute of Health, p. 41.

Segundo a OPAS, a administração de medicamentos psicotrópicos é um dos tratamentos utilizados para o manejo de transtornos mentais. Especificamente, os medicamentos antipsicóticos são aqueles utilizados em quadros que se caracterizam por sintomas psicóticos. Para tanto, essa opinião técnica compreende somente para o “tratamento” com a administração de medicamentos antipsicóticos. Todas as pessoas que estão recebendo atenção psiquiátrica têm direito a um tratamento médico que corresponda as suas reais necessidades de saúde. Todavia, existe a possibilidade de que a pessoa se negue a receber o tratamento e de acordo com os estatutos médicos internacionais aplicáveis não é ético administrar medicamentos contra a vontade do paciente⁵⁶.

Diante da recusa de um paciente ao tratamento em questão, a OMS recomenda ao profissional de saúde mental que:

- a) deve ser evitado o exercício de autoridade injustificada que tenha como finalidade a administração de medicamentos;
- b) deve ser respeitada a independência pessoal do paciente. Tal independência precisa passar todas as etapas do tratamento;
- c) o fato de uma pessoa está internada em uma instituição psiquiátrica ou em um Centro Penitenciário não significa dizer que esta é incapaz de aceitar ou recusar um tratamento;
- d) o consentimento ou a recusa a um tratamento é feita por um paciente independente que tendo este recebido por parte do profissional de saúde mental informações suficientes e em uma linguagem simples pode livremente na ocasião aceitar ou recusar o propósito do tratamento indicado, o método, a probabilidade de duração e os benefícios esperados com esse tratamento;
- e) o profissional de saúde mental tem responsabilidade sobre o estado de saúde da pessoa e deve assumir o compromisso de solicitar o consentimento do paciente em intervalos periódicos durante a internação;
- f) o direito do paciente de recusar o tratamento é uma questão de princípios, que só pode ser ignorado pelo profissional de saúde mental quando o paciente está incapacitado mentalmente, carecendo de independência pessoal (por exemplo, quando o paciente perde a consciência ou o juízo necessário para reconhecer que está enfermo); e simultaneamente, quando a ausência de tratamento pode gerar situações de perigo para o

⁵⁶*Essential Treatments in Psychiatry. Division of Mental Health. World Health Organization. Geneva, 1993, p. 62.*

paciente e para outras pessoas ou no caso do delírio grave comprometer o seu completo estado de saúde;

g) é importante que o profissional de saúde mental esteja consciente que o seu direito de declarar uma pessoa com transtorno mental como incompetente (em dada circunstância) não implica dizer que essa pessoa carece de capacidade permanente e para todo ato da vida;

h) em casos de emergências, geralmente reconhecidos por legislações nacionais ou estatutos internacionais de direitos humanos, o profissional de saúde mental pode utilizar seu próprio critério, quando for possível facilmente demonstrar que sua ação está fundamentada na boa fé e para salvaguardar a vida ou a integridade pessoal do paciente;

i) o profissional de saúde mental deve fazer o possível para satisfazer os anseios do paciente e seus próprios interesses na tentativa de reconhecer sua autonomia;

j) a regra geral a ser seguida pelo profissional de saúde mental é a de utilizar a força de obrigatoriedade da administração de medicamentos, o mínimo possível e utilizá-la só naqueles casos que são essenciais para a salvaguardar a vida ou a integridade do paciente, respeitando sua decisão com relação a todos aqueles aspectos nos quais este pode continuar outorgando seu consentimento ou fazendo negociação humanas;

k) diante de uma situação no qual uma pessoa se recusa a receber determinado tratamento, o profissional de saúde mental deve levar em consideração não só o bem-estar do paciente, mas também o da coletividade. Nesse caso, deve-se evitar um dano a sociedade em geral e o uso indevido dos recursos públicos;

3) Como deve ser efetuada a contenção física obrigatória em um paciente com “quadro psicótico” que se encontre em estado de agressividade? Como deve acontecer uma contenção?

De acordo com os estatutos médicos internacionais seguido pela OPAS, um paciente que apresenta um quadro psicótico deve ser submetido a uma contenção física obrigatória ou a restrições físicas quando este for o único meio disponível para evitar danos irreparáveis, imediato ou eminente ao paciente ou a terceiros pessoas. Além do mais, existem certos requisitos destacados abaixo que devem sempre acompanhar uma contenção física obrigatória:

- a) essa prática não deve ir além do período necessário ao alcance do propósito almejado (evitar um dano irreparável, imediato ou eminente ao paciente e a terceiros);
- b) os motivos, o caráter, a natureza e a duração da contenção devem ser devidamente registrados no histórico clínico do paciente;
- c) durante uma contenção obrigatória o paciente sempre deve ser mantido em condições dignas;
- d) o paciente deve ser mantido sob o cuidado e a supervisão imediata e regular de profissional qualificado em saúde mental; e
- e) os representantes pessoais do paciente devem ser comunicados imediatamente sobre a contenção física obrigatória;

Por último, deve-se destacar que as diretrizes aprovadas pela OMS recomendam que o profissional de saúde mental faça algumas perguntas antes de executar uma contenção física, com o fim de determinar se efetivamente estão sendo cumpridos os requisitos acima mencionados pela OPAS. As perguntas são as seguintes:

- a) quais os objetivos específicos que se quer alcançar com a contenção física obrigatória?
- b) por quanto tempo um paciente deve permanecer sob as condicionantes da contenção física?
- c) existe um documento exclusivo para o registro de cada uma das contenções praticadas a um paciente, sua justificação, sua natureza e sua duração limite?
- d) onde pode ser encontrado o documento acima mencionado?
- e) As condições sob as quais se pratica a contenção satisfazem os padrões internacionais dos direitos humanos, sobretudo a proibição de submeter uma pessoa a tratamento desumano e degradante?
- f) quem deve ser comunicado se um paciente está sendo submetido a uma contenção física obrigatória e com que frequência se leva a cabo essa comunicação?

A partir deste Parecer técnico da OPAS, os órgãos do Sistema Interamericano de Direitos Humanos (Comissão e Corte IDH) passaram a fazer uma profunda análise da denúncia de morte de Damião Ximenes Lopes, tomando como base os apontamentos dos estatutos médicos internacionais, o que representa um grande contributo para compreensão na contemporaneidade de um “quadro psicótico”; dos transtornos mentais; da administração de medicamentos psicotrópicos; do direito de consentimento e recusa de tratamento pelo paciente; deveres dos profissionais de saúde mental e o uso contenção física obrigatória em situações extremas. Este Parecer internacional representa o quanto a

morte de Damião Ximenes Lopes gerou repercussões. Nesse caso, reconhecemos que tal Parecer é um verdadeiro legado para o redirecionamento das práticas no campo da saúde mental do Brasil.

4.3 Casa de Repouso Guararapes vista pela Justiça de fora

Os órgãos do Sistema Interamericano de Direitos Humanos (Comissão IDH e Corte IDH) comprovaram que no mês de outubro de 1999, a Casa de Repouso Guararapes prestava serviços de saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), entendido este como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo poder público e operado pelo Estado brasileiro, no qual a iniciativa privada pode participar, em caráter complementar (informações encontradas em diferentes textos que fundamentaram a Sentença).

A Casa de Repouso Guararapes, hospital privado de saúde, a qual foi contratada pelo Estado para prestar serviços de atendimento psiquiátrico, sob a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) e atuava como unidade pública de saúde em nome e por conta do Estado. No mês de outubro de 1999, cerca de 54 leitos de internação do hospital achavam-se vinculados ao SUS e as pessoas que os ocupavam eram pacientes do sistema público de saúde. Era a única instituição de internação ou de serviços ambulatoriais ou abertos de caráter público ou privado, para pessoas com transtornos mentais de toda macrorregião de Sobral-Ce que é constituída por cinco microrregiões (informações encontradas em diferentes textos que fundamentaram a Sentença).

As condições de confinamento na Casa de Repouso Guararapes eram desumanas e degradantes, a atenção médica aos pacientes era frequentemente prestada na recepção, inclusive, em presença de visitantes, já que por muito tempo o hospital não dispôs de um consultório médico, e era comum faltar a medicação adequada aos pacientes. O hospital não oferecia as condições necessárias e era incompatível com o exercício ético-profissional da medicina (informações encontradas em diferentes textos que fundamentaram a Sentença).

O tratamento psiquiátrico que deveria cuidar da vida torna-se um tratamento letal na Casa de Repouso Guararapes (era uma instituição psiquiátrica privada, mas conveniada ao SUS), executado indiretamente pelo Estado brasileiro e diretamente pelos especialistas agentes desse Estado que deveriam ser encarregados de cuidar da saúde mental

dos nacionais, se nesta instituição não reinasse um verdadeiro estado exceção paralelo. Isto implica que a decisão soberana sobre a vida se deslocava, de motivações e âmbitos estritamente políticos e humano de um estado de normalidade, para um terreno mais ambíguo, no qual os especialistas⁵⁷ e o soberano (na lógica nazifascista uma minoria era aniquilada em nome da unidade nacional) parecem ter trocado seus papéis (AGAMBEN, 2004a).

4.4 Violência contra o status humano: a vida nua

Os órgãos do Sistema Interamericano de Direitos Humanos consideram que ficou estabelecida a existência de um contexto fático de violência extrema que caracterizava o interior da Casa de Repouso Guararapes, principalmente, no momento em que Damião Ximenes Lopes faleceu nesta Instituição. Para tanto, foram levados em consideração o relato de diversas TESTEMUNHAS.

No latim, há dois termos para representar a testemunha. O primeiro, *testis*, de que deriva o nosso termo testemunha, que significa etimologicamente aquele que se põe como terceiro (*terstis*) em um processo ou em um litígio entre dois contendores. O segundo, *superstes*, indica aquele que viveu algo, atravessou até o final um evento e pode, portanto dar testemunho disso. No grego, testemunha quer dizer *martis*, mártir. Os primeiros padres da Igreja derivaram daí o termo *metirium*, a fim de indicar a morte dos cristãos perseguidos que, assim, davam testemunho de sua fé. Nesse caso, o sobrevivente tem a vocação da memória que nos leva a partir de agora para a Casa de Repouso Guararapes (AGAMBEN, 2008c).

A este respeito, foi observado nas “vocações da memória” que antes da morte de Damião Ximenes Lopes ocorreram pelo menos outras duas mortes na Casa de Repouso Guararapes em circunstâncias que indicam que dois pacientes ali internados morreram por conta de causas violentas, que incluíam golpes na cabeça com objetos contundentes. A declaração da testemunha destacada abaixo refere-se a morte de seu pai, Gerardo Alves da Silva, ocorrida em fevereiro de 1991 na Casa de Repouso Guararapes:

Que na segunda-feira, por volta das 7:00 horas [...] uma vizinha a avisou que seu pai tinha morrido naquele hospital [...] quando ali quis entrar para ver o seu pai, fora barrada [...] avisou a um irmão [...], o qual também ao chegar naquele hospital foi barrado [...]. Que [...] [um médico] perguntou ao seu irmão se tinha roupa para vestir o pai, e foi quando [...] [o filho] foi buscar a roupa, e ao levar ali, novamente foi barrado e não deixaram nem que ajudassem a vesti-lo, e os

⁵⁷Somente num *estado de exceção* um especialista em saúde mental não põe, não conserva a saúde dos pacientes e nem garante o direito à saúde suspendendo-os dentro do campo que está sob seu controle. Ao negartudo isso está ao mesmo tempo executado tudo no seu contrário, utilizado uma mesma norma.

familiares foram ver o pai apenas em casa. Que quando o pai da declarante chegou em casa, ela ao vê-lo viu que na testa dele entre uma sobrancelha e outra, no osso da testa e entre o nariz, tinham um tufo de algodão e ainda melado de sangue [...] Que acha que aquilo na cabeça de seu pai foi uma paulada. Que ao ver aquilo na cabeça de seu pai foi até ao hospital e lá chegando falou com [...] [um outro médico e funcionários], falando a eles que iria dar parte na polícia, e eles lhe falaram que não adiantaria nada, pois não iria dar em nada. Que mesmo assim a declarante veio a esta delegacia e prestou queixa [...] Que, porém, não ficou com nenhuma cópia da queixa [...] Que naquele hospital tinha sempre morte dessa natureza, mas que nunca se tinham prova e então nada era feito em termos de justiça (DEPOIMENTO DO INQUÉRITO POLICIAL [SOBRAL-CE] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES – 15/02/2000).

Este relato revela a terrível banalidade do mal na Casa de Repouso Guararapes, que desafia nossas palavras e os pensamentos (ARENDDT, 1999a). O que vemos no relato destacado acima é o poder soberano do Estado que atuando sobre os matáveis, isto é, sobre aqueles que estavam ali privados de seus direitos, inaugurando o estado de exceção. Somente na vigência de tal estado, os agentes que representam o poder soberano estariam legitimados para “[...] falaram que não adiantaria nada, pois não iria dar em nada” a denúncia.

Em muitos momentos dentro dessa dissertação deixamos que as declarações falem-nos com a riqueza de detalhes de quem sobreviveu o terror de um estado exceção manicomial. O depoimento de outra testemunha refere-se à sua mãe, Raimunda Ferreira de Sousa, que foi internada em 1987, na Casa de Repouso Guararapes:

Fora avisada por uma vizinha [...], que era enfermeira da Santa Casa, que a sua mãe ali havia dado entrada e estava na UTI. Que a declarante, muito surpresa, foi até ao hospital [...] perguntar por sua mãe, lhe falaram que a sua mãe havia levado uma queda e que tinha ido desmaiada para a Santa Casa [...] novamente falando com [...] [a vizinha], ela a falou que sua mãe estava muito mal e com uma pancada muito grande na cabeça, e que talvez não escapasse. Que após alguns dias na UTI [...] levaram a mãe da declarante para casa, onde na manhã do dia seguinte veio a falecer. Que, quando foram vestir a mortalha, a declarante e outros familiares, além dos amigos, naquela hora viram que na cabeça de sua mãe tinha uma pancada muito grande, e pelo corpo da mesma estava com muitos arranhões e roxo e nas unhas estava como se estivesse sido arrancadas e muito machucadas, momento em que todos ali se revoltaram, pensaram até em dar parte na polícia, mas a família achou por bem nem dar parte e entregaram a Deus e a enterraram (DEPOIMENTO DO INQUÉRITO POLICIAL [SOBRAL-CE] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES -15/02/2000).

Conforme os órgãos do Sistema Interamericano de Direitos Humanos, os depoimentos transcritos acima comprovavam que antes da morte de Damião Ximenes Lopes houve mortes inexplicadas na Casa de Repouso Guararapes, cujas causas não foram investigadas, e poderiam ter incluído golpes com objetos contundentes na cabeça de pacientes desta instituição. Nesse caso não foram oferecidas explicações verossímeis com

relação a estas mortes. Dessa forma foi observado também que ainda que as duas mortes anteriormente mencionadas tivessem ocorrido a vários anos antes da morte de Damião Ximenes Lopes, não há nenhuma prova que nos leve a acreditar que as condições e circunstâncias que permitiram estas mortes tivessem mudado antes da ocorrência dos fatos que ceifaram a vida de Damião Ximenes Lopes (informações encontradas em diferentes textos que fundamentaram a Sentença).

As investigações internacionais sobre a morte de Damião Ximenes Lopes evidenciaram claramente que na Casa de Repouso Guararapes existia uma situação caracterizada pela violência física exercida pelos enfermeiros contra os pacientes, e que, longe de cuidá-los e protegê-los, incentivavam os pacientes a lutarem entre eles (informações encontradas em diferentes textos que fundamentaram a Sentença).

O depoimento de uma testemunha que esteve internada como paciente na Casa de Repouso Guararapes, em 1997, é bastante ilustrativo em relação à violência exercida contra os pacientes nesta instituição. A mencionada testemunha manifestou que o tempo em que passou na Casa de Repouso Guararapes foi

a pior época de sua vida, e horrível, pois apanhou muito naquela casa, e lembra-se que o funcionário que o bateu muito com murros e o batendo na parede foi a pessoa de nome [...], onde o depoente ficou todo ensanguentado na boca. [...] diz que viu por várias vezes os enfermeiros ao invés de dar assistência aos pacientes, quando via um paciente olhando para o outro, dava “corda”, para que eles brigassem entre si, e quando um apanhava, eles ainda ficavam mangando, falando o seguinte: “Ei rapaz apanhou do cara. E, por causa disso, começavam a briga de novo que durava horas e horas, e eles ao invés de apartar, ficava era falando que somente não queria é que fossem fazendo com eles, [...] lembra-se de nomes de alguns desses funcionários, no caso as pessoas de nomes [...], o carcereiro de nome [...], recorda-se que o funcionário de nome [...], quando batia nos internos, e o depoente foi falar com ele para que não lhe batesse, e somente porque o chamou de poderoso [...] ele quando estava de posse de um garfo de apenas duas pontas, veio em sua direção e em tom de ameaça e nervoso, falava o seguinte: “Cala a boca aí, seu baitola, se não eu te furo”. [...] Que por outra vez, um paciente de nome Jucelino, muito amigo do depoente, quando estava sentado num tronco [...] eis que o carcereiro de nome [...], sem nenhum motivo [...] deu-lhe uma cotovelada muito forte nas costas de Jucelino [...]. Que por outra oportunidade esse mesmo [carcereiro] [...], amarrou o Jucelino e outro paciente [...] Jucelino gritava de dor, e quando o depoente disse que iria desamarrá-lo, [o carcereiro] [...] falava para o depoente que não fizesse aquilo [...]. Que, por outra oportunidade viu quando esse mesmo [carcereiro] [...] pegou uma cadeira, daquelas de ferro, e sem nenhum motivo novamente, e a tacava nas costas de outro paciente que o depoente não recorda o nome, isso tudo, diz o depoente, que por pura maldade desse funcionário (DEPOIMENTO DO INQUÉRITO POLÍCIAL [SOBRAL-CE-09/11/1999] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES grifo nosso).

Em 16 de fevereiro de 2001, a mesma testemunha do depoimento destacado acima declarou perante o Juiz da 3ª Vara da Comarca de Sobral-Ce que

certa vez viu um enfermeiro da citada casa [...] espancar um paciente somente porque este balançou o portão que separa os pátios de um dos dormitórios, fazendo barulho; que por essa razão o citado enfermeiro aplicou-lhe um soco na cara e chutou repetidas vezes o paciente já caído no chão; que o paciente gritava, dizendo que ia morrer, que o enfermeiro só parou quando o paciente já se encontrava bem mole e deficiente em face das pancadas (DEPOIMENTO PERANTE O JUIZ DA 3ª VARADA COMARCA DESOBRAL-CE PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES - 16/02/2001).

Usando a linguagem dos nazistas, o enfermeiro supracitado também tinha sua “maneira humana de matar” (ARENDETT, 1999a) dando aos pacientes da Casa de Repouso Guararapes uma morte misericordiosa. Por outro lado, no livro de ocorrências diárias da Casa de Repouso Guararapes, existe, por exemplo, um registro do dia 29 de dezembro de 1999, em que um enfermeiro assinala o seguinte:

Fui convocado para um depoimento de um paciente com o nome de Vanderlei onde estavam presente [...] o paciente relatou as agressões que alguns auxiliares voltam a praticar. Falou sobre o paciente Aduato, que estava agressivo, quebrou lâmpadas, cortou com os dedos [...] os auxiliares [...] colocaram os próprios pacientes p/ conter o paciente agressivo. Citou também que depois de contido, de mãos para traz auxiliares tacavam as mãos no rosto do paciente, citou também que o amararam com uma corrente (DEPOIMENTO DO LIVRO DE OCORRÊNCIAS DIÁRIAS DA CASA DE REPOUSO GUARARAPES PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES – 29/12/1999).

Uma outra testemunha declarou que trabalhava na Casa de Repouso Guararapes como “auxiliar de pátio”, e que sua principal função era atuar como uma espécie de “segurança, para auxiliar os enfermeiros quando algum paciente está agitado, ou seja, violento”. Quando perguntado se em sua opinião os auxiliares de pátio eram bem treinados para o trabalho com doentes mentais, um médico da referida instituição respondeu que “já foram recebidas diversas reclamações sobre maus tratos” [...], “medicamentos são trocados sem prescrição do médico, e que vem, a saber, através dos pacientes” [...] “na verdade, os funcionários, os pacientes amarram sem critérios, eu vou e mando desamarrar” (PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES).

Um ex-paciente da Casa de Repouso Guararapes também declara que

naquela casa foi muito maltratado, viu muito maus trato [...] que quando por uma vez quis sair dali de dentro daquela casa, foi empurrado [...] que diz que ao invés de serem bem tratados para melhorarem, é ao contrário, que os funcionários os tratavam como verdadeiros bichos [...] se você desejar mal ao seu próximo aqui na terra, só basta que ele seja hospitalizado na CASA DE REPOUSO GUARARAPES, entende que não tem lugar pior do que aquele hospital [...] (DEPOIMENTO DO INQUÉRITO POLICIAL [SOBRAL-CE–

09/11/1999] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES).

O irmão de um ex-paciente da Casa de Repouso Guararapes, declara que seu irmão esteve neste lugar no ano de 1998. E que o mesmo havia contado aos familiares

que ali era um inferno, pois havia apanhado muito, e de um certo enfermeiro [...] mas lhe parece que era o enfermeiro [...] [fulano]. Que, também por uma certa ocasião quando levou um murro desse enfermeiro na boca saiu muito sangue [...] (DEPOIMENTO DO INQUÉRITO POLICIAL [SOBRAL-CE-11/02/2000] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES grifo nosso).

Os depoimentos acima coincidem entre si e indicam claramente a situação de extrema violência que existia na Casa de Repouso Guararapes contra os pacientes desta instituição. Tais testemunhos mostram a materialização do estado de exceção de um dos “campos manicomial” brasileiro, situado entre violência e norma. Um ex-paciente da referida instituição também declarou perante a Corte IDH que

na época em que esteve internado na Casa de Repouso Guararapes foi vítima de atos de violência e não denunciou os fatos à polícia. Soube de outros casos de violência e morte dentro da Casa de Repouso Guararapes, sem que tenham existido investigações a respeito. Identificou as pessoas que cometeram atos de violência com os nomes de [...] [fulanos]. Ouviu falar que [...] [um deles] era muito violento e [o declarante] afirma ter visto [um dos funcionários] praticando atos de violência e masturbando-se ao olhar as mulheres [pacientes] nuas. A Casa de Repouso Guararapes era um lugar de violência, de abuso, de poder e sem nenhum cuidado para com os pacientes (DEPOIMENTO PRESENTE NA SENTENÇA DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES, 2006 grifo nosso).

A partir do exposto ficou claro para a Comissão IDH e Corte IDH que na Casa de Repouso Guararapes existia condições desumanas e degradantes para as pessoas ali internadas. A este respeito, a Portaria nº 26 de 2 de março de 2000, emitida pelo Secretário de Saúde e Previdência Social do Município de Sobral, assinala que dentre os motivos para intervir na Casa de Repouso Guararapes “não oferece condições de funcionamento adequadas à legislação sanitária pertinente e que há evidências de maus tratos, tortura e de abuso sexual de paciente”.

O Relatório oficial elaborado em 1999 pelo Grupo de Acompanhamento e Avaliação de Assistência Psiquiátrica da Casa de Repouso Guararapes informa que os pacientes desta instituição tinham lesões nos membro superiores e inferiores que indicavam terem sido causadas por trabalhadores da Casa de Repouso Guararapes, e que a maioria deles afirmou estarem insatisfeitos com os homens que lhes davam “gravata” (manobra que implica na possibilidade de asfixiamento. Significa que uma pessoa se coloca detrás de

outra, e a imobiliza passando o braço por seu pescoço, apertando de maneira tal que a pessoa fica imobilizada, pois começa a ser asfixiada), sendo que os demais internos também disseram que tais práticas “era lei” ou que era “para manter a ordem” dentro da instituição (informações encontradas em diferentes textos que fundamentaram a Sentença).

Na Casa de Repouso Guararapes encontramos um universo manicomial bastante próximo dos campos de concentração de Auschwitz (AGAMBEN, 2008c). A esposa de um ex-paciente da Casa de Repouso Guararapes no ano de 1995 declarou que “presenciei no pátio vários pacientes nus, despidos, sujou, era uma coisa incrível; o que chamou sua atenção foi o descaso, ali parecia mais uma depósito de vermes e não de seres humano” (DEPOIMENTO DO INQUÉRITO POLICIAL [SOBRAL-CE -11/02/2000] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES). A testemunha estranha o poder soberano do Estado ali representado e que atuava sobre os não-sujeitos, aqueles que eram extirpados de sua cidadania (AGAMBEN, 2004a; 2008c).

Uma outra testemunha, enfermeiro auxiliar da Casa de Repouso Guararapes, informou que

os paciente quando vão ficando ‘ficando mais bem orientados’ passam a ajudar na contenção dos outros, que as vezes quando há um paciente muito agressivo e só tem um ou dois auxiliares no momento, os auxiliares pedem ajuda aos próprios pacientes para ajudarem na contenção (DEPOIMENTO PERANTE O JUIZ DA 3ª VARA DA COMARCA DE SOBRAL-CE [24/04/2000] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES).

Um dos próprios médicos da Casa de Repouso Guararapes declarou que as reclamações acerca do funcionamento da Casa de Repouso Guararapes

eram feitas ao próprio depoente dependendo da natureza da reclamação encaminhadas para a enfermeira [chefe] ou para o diretor presidente [...]; que algumas reclamações graves: houve uma acusação de estupro e um auxiliar de enfermagem chegou a quebrar o braço de um paciente em 2 partes (DEPOIMENTO PERANTE O JUIZ DA 3ª VARA DA COMARCA DE SOBRAL-CE [16/08/2000] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES).

As denúncias eram feitas, mas não geravam os efeitos esperados de uma investigação séria. Tal fato acontecia porque o contexto normativo era do estado de exceção, que se apresenta como forma legal daquilo que não pode ter forma legal em estado de normalidade (AGAMBEN, 2008b). “Com efeito, a morte de Damião Ximenes deu visibilidade A todo esse contexto institucional de violento e degradador, território de abrigo de ex-humanos [...]” (MONTEIRO, 2015, p.143).

Ao lado do relato destes casos de extrema violência encontramos o “Relatório de Sindicância: Casa de Repouso Guararapes”, realizado no período de 20 de outubro de 1999 a 18 de fevereiro de 2000, que apresenta a situação dos diagnósticos psiquiátricos da Casa de Repouso Guararapes deste período. Nesse caso,

a composição entre os diagnósticos encontrados nos prontuários e os diagnósticos da equipe de pesquisa mostra que: os diagnósticos de ambos os grupos foram os mesmos para 16 (21%) dos 76 pacientes, Outros 20 (26%) pacientes apresentavam diagnóstico que divergiam em relação ao tipo de problema de um mesmo grupo do CID-10 (subtipo de esquizofrenia ou de transtornos afetivos, por exemplo). Os demais pacientes distribuem da seguinte forma: 9 (11, 8%) pacientes diagnosticados como portadores de esquizofrenia pelo prontuário apresentavam, em nossa avaliação, algum grau de retardo mental; 5 (6,5%) pacientes portadores de Transtorno Bipolar em nossa avaliação foram diagnosticados como esquizofrênicos pelo prontuário. Outros diagnósticos divergentes foram encontrados em 7 (9%) pacientes; já 12 (16%) pacientes com diagnóstico de psicose não especificada apresentam diagnóstico algum psiquiátricos mas específico em nossa avaliação. Finalmente, um paciente com diagnóstico de psicose não especificada e fazendo uso de antipsicóticos não apresentou nenhum diagnóstico nos primeiros eixos do DSM –IV que justificassem tal medicação. Outro paciente sem diagnóstico psiquiátrico não estava em uso de medicação na época da entrevista [...] Outro dado chamativo foi o número de paciente que encontramos com diagnóstico de Retardo Mental (15 pacientes 20 %), o que foi evidenciado no diagnóstico de prontuário (MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE. RELATÓRIO DE SINDICÂNCIA: CASA DE REPOUSO GUARARAPES: 20 DE OUTUBRO A 18 DE FEVEREIRO DE 2000).

Por outro lado, no que diz respeito à terapêutica adotada na Casa de Repouso Guararapes, o relatório de sindicância supracitado também apurou as seguintes observações:

35 pacientes (36%) estavam fazendo uso de flufenazina de depósito, a maioria em uso de doses semanais a quinzenais. Destacamos que a medicação de depósito tem indicação em pacientes com quadros crônicos, dificuldade de acesso ou adesão ao tratamento, após um diagnóstico bem estabelecido e após uma base de cálculo fundamentada na utilização da mesma medicação oral em doses terapêuticas para o paciente (controle a crise). Entretanto, encontramos pacientes com diagnósticos de transtorno de humor (transtorno afetivo bipolar), em uso de tal medicação, assim como 3 pacientes de primeira internação usando tal medicação desde o primeiro ou segundo dia de internação. Este tipo de utilização da medicação de depósito pode ser questionada pelos riscos de produzir uma síndrome neuroléptica maligna em pacientes que nunca tinham entrado em contato com tal medicação anteriormente (o caso dos 3 pacientes descritos). Encontramos vários pacientes em utilização de fenobarbital, sem indicação nem justificativas claras no prontuário, e, paradoxalmente, uma paciente com história de crises convulsivas epiletiformes tipo grande mal sem prescrição de anticonvulsivantes e em uso de 3 antipsicóticos diferentes. Sabe-se, pela literatura, que os antipsicóticos baixam o humor convulsivamente em pacientes propensos a tal problema. Se necessário, é indicado o uso de haloperidol na menor dose terapêutica possível, pois é um antipsicótico típico que provoca menores alterações no limiar convulsivante. Encontramos vários paciente com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, em fase maníaca. Destes, aproximadamente uns 7 faziam uso de carbono de lítio em doses de 600

mg/d (a dose recomendada deve ser dosada através da litemia sérica, geralmente ficando entre 06 e 1,2 mEq/ml, e, para atingir tais doses, geralmente são necessários 900 mg de lítio/dia). Não foi constatado a realização de litemias de controle em tais pacientes, bem assim como não observamos a realização de exames complementares indicados previamente ao uso do lítio (uréia, creatinina, T3,T4, TSH, eletrólitos). Observamos que a maioria dos pacientes como diagnóstico de transtorno bipolar, que teria como medicação de primeira escolha um estabilizador de humor (lítio, carbamazepina ou de Valprótico) faziam uso exclusivamente de antipsicóticos, inclusive na prescrição da alta. Do total de 76 pacientes, 71 (93%) faziam uso de antipsicóticos, assim distribuídos; 31(40%) pacientes usava 2 tipos de antipsicóticos; 18 (24%) pacientes faziam uso de 3 tipos de antipsicóticos e 22 (29%) pacientes usavam um antipsicótico. Segundo a literatura, a opção deve ser pela monoterapia de 2 ou mais dose de antipsicótico a associar outros (MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE. RELATÓRIO DE SINDICÂNCIA: CASA DE REPOUSO GUARARAPES: 20 DE OUTUBRO A 18 DE FEVEREIRO DE 2000).

A Sindicância supracitada avaliou os sérios problemas relacionados aos diagnósticos psiquiátricos e à terapêutica adotada na Casa de Repouso Guararapes, o que nos possibilitar conhecer mais de perto a realidade do atendimento psiquiátrico da instituição. O Relatório da mencionada Sindicância, também, destaca o seguinte:

Tivemos a oportunidade de observar a consulta de um dos médicos assistentes seus pacientes, tal experiência digna de nota. O médico estava no posto de enfermagem, em cuja entrada há um balcão. O médico postava-se em outro balcão, atrás deste primeiro, de costa para a porta. Os pacientes aguardavam em fila, do lado de fora. Entrava um paciente de cada vez, custodiado por um auxiliar de enfermagem que evitava a passagem do paciente para o recinto onde se encontrava o médico. Assim, médico e paciente realizavam o ritual do encontro como se fosse uma missa medieval em latim: médico de costas, raramente olhando para o paciente, barrado de um contato mais próximo com o médico pelas costas deste, do balcão e pelos auxiliares de enfermagem. Duas ou três perguntas eram lançadas rapidamente pelo médico, liberando o paciente para seguir o próximo da fila (MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE. RELATÓRIO DE SINDICÂNCIA: CASA DE REPOUSO GUARARAPES: 20 DE OUTUBRO A 18 DE FEVEREIRO DE 2000).

No que tange ao episódio destacado acima, o Relatório em comento destaca uma citação, enfatizando que a perda da capacidade de palpação e percussão pelo psiquiatra pode ser justificada, mas não a da sua capacidade de observação. Assim como a apreensão de dados psicológicos não-verbais, a percepção de indícios de doença somática, dos mais claros aos mais sutis, é parte fundamental de sua função (PORTO, 1997 *apud* MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE. RELATÓRIO DE SINDICÂNCIA: CASA DE REPOUSO GUARARAPES, 2000). Com base em Arendt (1999a) podemos acrescentar que talvez a natureza de toda esta burocracia que distanciava o médico dos pacientes, deva-se ao fato de burocraticamente ter transformado homens em funcionários e engrenagens, assim os desumanizados na Casa de Repouso Guararapes.

A partir do exposto, podemos afirmar que a Casa de Repouso Guararapes era uma instituição de exceção no campo da saúde mental brasileira. Esta, por sua vez era localizada em uma zona ilocalizável entre lei e vida e, dessa forma, permitia a operacionalização de procedimentos perversos entre a biologia, a psiquiatria e o direito, entre norma psiquiátrica e norma jurídica pelo o avesso, que no final justifica-se por um combate a uma “loucura latente”, autorizada e aceita muitas vezes pela sociedade e pelo Estado, intensificando assim, atos de gestão da vida nua desprovida de qualquer condição política (AGAMBEN, 2008b, 2004a).

Tomando emprestada a pergunta agambeniana sobre os campos de concentração nazista: “**O que resta de Auchwitz?**” o arquivo e a testemunha. Podemos agora fazer a mesma pergunta para o “campo manicomial” que estamos discutindo: **O que resta da Casa de Repouso Guararapes?** O Arquivo, as Testemunhas e a Sentença da saúde mental brasileira em cumprimento.

Imagem 23

Entidade privada de representação do Estado



JORNAL DIÁRIO DO NORDESTE 13.07.2000
FORTALEZA, CEARÁ –QUINTA-FEIRA, 13 DE JULHO DE 2000, PÁG. 3

Com base em Agamben, podemos perceber que a manchete supracitada mostra um dos efeitos sofridos (quando a justiça é manifesta) por um “campo manicomial” brasileiro, que até 2000 era financiado em grande parte pelo Estado para produzir a exclusão inclusiva de pessoas com transtornos mentais, absolutamente matáveis e exposta à morte, o que gerava uma completa relação de abandono, fundada no estado de exceção. Como a morte de uma dessas pessoas matáveis (Damião Ximenes Lopes) foi levada a sério (alcançada pelos Direitos Humanos) por órgãos internacionais, o poder soberano começou a suspender o estado de exceção vigente, á época. Assim, por trás da falência da entidade que representava o Estado soberano encontramos as tentativas de retorno ao estado da regra (estado de normalidade), principalmente, no campo da saúde mental. O Estado através da exceção condicionou a regra na Casa de Repouso Guararapes até a morte de Damião Ximenes Lopes (AGAMBEN, 2008b, 2004a).

4.5 História clínica de Damião Ximenes Lopes

Imagem 24

Damião Ximenes Lopes em fase internação



Fonte: Foto pública disponível no acervo do Instituto Damião Ximenes (2009)

Os órgãos do Sistema Interamericano de Direitos Humanos consideraram confirmaram que Damião Ximenes Lopes contava, em 1999, com 30 anos de idade. Durante sua infância não teve nenhum sinal de alterações de comportamento. Aproximadamente, em 1988, aos 17 anos, o jovem começou a apresentar os primeiros sinais de alteração em seu comportamento, depois de traumatismo crânioencefálico e de castigos físico impostos por seu pai. Em seguida passou a sofrer com um transtorno mental de origem orgânica, proveniente de alterações no funcionamento do cérebro. Deste modo, os primeiros sintomas de seu adoecimento foram sonambulismo e episódios em que parecia estar fora de si ou desorientado. Depois teve períodos depressivos, em que chorava, ficava tímido e não conversava sobre seus próprios sentimentos.

O estado de Damião Ximenes Lopes foi piorando, a ponto de enfrentar crises ocasionais: parecia mais retraído, se isolava do que ocorria ao seu meio, sorria sem motivo aparente, e em algumas ocasiões tinha discursos desconexos. Um psiquiatra indicou que os sintomas que ele apresentava enquadravam-se dentro de uma situação geral conhecida em

psiquiatria como “quadro psicótico”, que causa habitualmente sofrimento e isolamento da pessoa doente de seus padrões normais de comportamento, conforme já mencionado anteriormente no Parecer técnico da OPAS.

Em 1995, o “quadro psicótico” de Damião Ximenes Lopes foi sendo agravado, no qual teve que ser internado pela primeira vez na Casa de Repouso Guararapes, por um período de dois meses. Ao voltar para casa estava melhor, e passou a tomar medicamentos de maneira regular. Conforme a declaração de sua mãe, Damião Ximenes Lopes, ao concluir seu primeiro internamento, passou a tomar os seguintes medicamentos: “Adol”, “Fernergeran” e “Neozina”. Ao obter alta da Casa de Repouso Guararapes, Damião Ximenes Lopes tinha feridas nos joelhos e tendões. Os familiares perguntaram a um funcionário do hospital sobre as razões das feridas, e este respondeu que Damião Ximenes Lopes havia machucado-se quando tentou fugir. Por outro lado, Damião Ximenes disse aos familiares que tinha sido vítima de violência na Casa de Repouso Guararapes, mas estes não acreditaram nele, e sim na versão do funcionário da instituição no sentido de que as feridas haviam acontecido durante a tentativa de fuga (informações encontradas em diferentes textos que fundamentaram a Sentença).

Segundo Brunelo (1998), a representação formada na nossa sociedade com relação a loucura fez com que o sujeito com transtorno mental ocupasse durante muito tempo um lugar de total anomia, alienação e despersonalização no mundo da vida. Primeiramente, ele perde sua garantia de crédito, social, de respeitabilidade, diante de um estigma que o reduz a quase nada, gerando quebra de comunicação com o resto da sociedade, através da “surdez”, da indiferença, num processo de estigmatização e, conseqüente exclusão e confinamento.

Para Monteiro (2015, p.98),

a referência de Irene às queixas de Damião sobre a violência perpetrada no interior do manicômio, da qual ele também era vítima e que não eram consideradas como legítimas pela família, evidencia a falta de credibilidade na fala do louco. Damião tinha um diagnóstico médico de esquizofrênico emergente de um “um discurso de verdade” formado no interior de uma instituição disciplinar, o asilo, portanto, sua fala era passível de contestação e de ser considerada inverossímil, sem validade.

Nesta mesma perspectiva destaca Borges (2009, p.28):

Damião falou muitas vezes aos familiares sobre os maus-tratos, mas infelizmente, não foi entendido, tendo em vista que fora internado outras duas vezes na mesma clínica. A interpretação que me parece mais razoável nesse momento é a importância da ordem do discurso, enquanto expressão

reconhecida – sobretudo pelo poder estatal – da linguagem. Se como supomos, há controle da subjetividade humana, uma demanda por ordem e por pena nas políticas de “correção”, certamente a linguagem empregada para justificar o internamento, ou seja, a rede complexa que serve de esteio para a justiça e para a medicina, responsáveis por selecionar quem são os “anormais”, também era um obstáculo à Damião. Todos estavam presos a um discurso que precisava ser desconstruído.

A Irene Ximenes afirma em Pereira (2001) que Damião era calado, nunca falava de suas experiências pessoais e os familiares o poupavam de lembrar episódios ruins. Para os mais curiosos que insistiam com em querer saber como era um hospício, ele, sem muitos comentários, dizia que era só violência, mas a família acreditava que esta era uma forma de resistência dele ao tratamento psiquiátrico. De qualquer forma, a família tinha decidido não internar mais Damião no Guararapes, por conta da péssima assistência sanitária aos pacientes. Borges (2009, p. 28-29) observa que o comentário de Damião sobre a instituição em que esteve internado representa “o impacto da sua dor, colocada em discurso, transformava-se em outra coisa, como, por exemplo, sofrimento”, por isso os familiares o poupavam de lembrar episódios da Casa de Repouso Guararapes.

Porém, Irene em Pereira (2001) conta que em março de 1998, Damião já não suportava os medicamentos e teve uma outra recaída, sendo internado pela segunda vez. Como a mãe não queria mais interná-lo na Casa de Repouso Guararapes, decidiu levá-lo para Fortaleza, no mesmo dia fez consulta com um psiquiatra na capital, recebeu medicamento e voltou para casa. Durante o retorno Damião passou muito mal, ficando agitado dentro do carro, o motorista parou o carro na entrada da cidade de Sobral para ver se Damião melhorava. Nesta parada, Damião ainda agitado saiu caminhando sem rumo pelas ruas quase escuras e mãe o perdeu de vista. Aflita, ela também saiu pelas ruas pedindo ajuda. Chamaram a polícia para ajudar nas buscas. Momentos depois trouxeram Damião amarrado num carrinho de mão para a mãe e do mesmo local o levaram para a Casa de Repouso Guararapes. Na recepção da clínica o colocaram amarrado no chão, enquanto era preenchida a ficha de internação. Na ocasião Damião rolava pelo chão, passando por um terrível sofrimento. Nesse caso, podemos perceber que três anos depois da primeira internação, a saúde mental de Damião Ximenes Lopes foi novamente afetada e sua condição de desacreditado reforçada por essa segunda internação que durou uma semana, na Casa de Repouso Guararapes. O que levou Borges (2009, p.41) a enfatizar que “Damião era vulnerável e seu status de louco reforçava o efeito estigmatizante [...]”.

Irene em Pereira (2001, p.127) diz:

Neste segundo internamento eu pude visitar meu irmão. Recordo nitidamente como me senti mal quando entrei naquilo que era chamado de hospital

psiquiátrico. Nunca vi tanta sujeira, moscas e pessoas entregues ao lixo. Uns andavam completamente nus. No pátio encontrei Damião. Estava com roupas limpas, mas quando lhe abracei senti um mau cheiro. Parecia não fazer higiene corporal diária, coisa que jamais ele deixaria de fazer, pois era rigoroso com a higiene pessoal. [...] Minha mãe dava agrados a cozinheira para cuidar de Damião. E levava de tudo para ele, até o papel higiênico, pois no hospital não tinha nada. Não deixei de observar os ferimentos no corpo dele, principalmente nos joelhos e tornozelos. Pedi explicação ao funcionário que estava próximo; ele alegou que havia se ferido numa tentativa de fuga. Tive vontade de conversar com o médico dele Dr. Ivo, para saber melhor como ele se encontrava e se já podia receber alta, mas tal médico não se encontrava presente. Uma semana depois ele recebeu alta. Lamento profundamente por não ter acreditado em meu irmão, quando ele disse que o pessoal do hospital era ruim e os piores eram os enfermeiros, que batiam nos internos. Achei que ele estivesse com pensamento confuso.

Nesse caso, Damião acabou sendo reduzido à condição de pessoa estranha, sem direitos e identidade e que é pior, sem prognóstico, sem uma esperança de saída, como um eterno “doente mental” com todas as marcas que o caracterizam. No entremeio deste processo, ele foi colocado na situação de desacreditado, perigoso, sem razão, pois dessa forma, sua voz não teria crédito, seus desejos não são ouvidos e seus direitos poderiam ser anulados (BRUNELO, 1998).

4.5.1 O resultado de uma internação psiquiátrica inversa

Damião Ximenes Lopes vivia com sua mãe na cidade de Varjota-Ce, que fica aproximadamente a uma hora da cidade de Sobral-Ce, sede da Casa de Repouso Guararapes. Nos dias que precederam 1º de outubro de 1999, Damião Ximenes Lopes, segundo relato de sua mãe, Albertina Viana Lopes, teve problemas de nervos, ele não queria comer nem dormir, não tomava os medicamentos. Na sexta-feira dia 1º de outubro de 1999, Albertina Viana decidiu levar pela terceira vez seu filho Damião Ximenes Lopes para ser consultado na Casa de Repouso Guararapes.

De acordo com depoimento de Irene em Monteiro (2015, p.96-97), Damião

“[...] nunca agrediu ninguém, era meigo [...] Ele era depressivo, vivia com depressão, aí se isolava, aí a depressão também deixa a pessoa sem dormir né, e sem tomar a medicação então fica inquieto, aí ele passava a noite levantando, aí passava de um lado e não deixava ninguém dormir, quem que podia dormir vendo uma pessoa em casa inquieta, andando acendendo luz, abrindo a porta, aí ela (Albertina) pessoa correto, ele ficando inquieto, sem dormir, ele já tá agitado, começando uma agitação nele, ele pode vir a ficar muito agitado e acontecer alguma coisa né, é isso que ela temia, aí ela foi, mas sabia que na última vez ela não foi pra internar ele, ela não foi com a intenção de internar ele, foi pra fazer uma consulta, só que quando chegou lá não tinha médico de plantão, não tinha médico, nem vaga tinha, foi aí que ela ficou esperando um pouco até que ela disse que chegou uma ligação dizendo que podia internar, então ela deixou ele lá pra assim, no final de semana ela sabia que apareceria médico e aí consultar e

segunda-feira ela pensava que já trazia ele, ela não foi levar ele pra internar porque ela achou que ele estava bem assim, ele tava conversando, ela disse que ele estava tão bem que até o motorista falou que pediu pra ele abrir o vidro da janela porque tava com calor, chegou a pedir um refrigerante, a mãe deu ele entrou tomando uma coca cola, ele mesmo aceitou ir, consciente, aceitou e tudo, não fez nenhuma objeção pra não ficar lá, quer dizer, ele queria também se tratar né, ele não disse ‘Não quero ficar aqui, não quero ficar’ e ele ficou numa boa e a mãe e a mãe foi e disse ‘Olha, você vai ficar só final de semana, segunda-feira eu venho lhe pegar porque não tem médico de plantão, então segunda-feira eu venho lhe pegar, ele ficou consciente, isso quer dizer que ele não tava louco realmente, ele não estava, agora tinha que ficar assim, ficava desligado, ele tinha um problema, lógico que ele tinha um problema, ele ficava aqui sentado, passava um tempão sentado que eu percebia que não tava ouvindo o que eu estava falando, ele tava bem longe, bem distante, como que a pessoa tá bem longe, bem longe mesmo, aí pra ele ouvir eu pegava aqui nele, eu dizia ‘Damião, Damião’, ele dizia ‘Anh’, aí voltava, pronto, aí voltava e escutava o que eu dizia [...]’.

Deste modo, “Dona Albertina acreditava que o internamento ajudaria seu filho e não imaginava o resultado daquela ação” (BORGES, 2009, p.29). Albertina Viana e Damião Ximenes viajaram de Varjota-Ce a Sobral-Ce, em companhia de Mairton Paiva de Oliveira e de Evaldo Castilho Aragão. Durante o mencionado trajeto de uma hora entre as cidades de Varjota e Sobral Damião Ximenes Lopes estava tranquilo. Ao chegar à Casa de Repouso Guararapes foram informados que não havia leito, e tiveram que esperar um tempo. Durante a espera, Damião Ximenes Lopes perguntou a sua mãe de maneira muito calma se ele permaneceria ali ou retornaria com ela para casa. Na ocasião a mãe informa que caso precisasse ficar internado ela o pegaria na segunda-feira (informações encontradas em diferentes textos que auxiliaram a Sentença).

Depois de esperar algumas horas na porta da Casa de Repouso, finalmente a instituição informou que não tinha médico para consultar Damião, por conta disso o admitiu como paciente do SUS. Ele entrou caminhando sozinho, e em perfeito estado físico. No momento em que ingressava pela porta, uma funcionária do hospital perguntou-lhe “voltou Damião?”, e ele respondeu positivamente. Nesse momento, a mãe de Damião e as duas pessoas que os acompanhavam na viagem retiraram-se do lugar em direção à cidade de Varjota (informações encontradas em diferentes textos que auxiliaram a Sentença).

Um dos enfermeiros, que estava prestando serviços na Casa de Repouso Guararapes no momento do ingresso de Damião Ximenes Lopes, assinalou que ele “estava em estado de depressão, calmo”. O médico que autorizou a internação de Damião Ximenes Lopes declarou que no momento de seu ingresso ele não apresentava sinais de agressividade e não apresentava sintomas de “síndrome psicótica”, nem nenhum tipo de lesão física (informações encontradas em diferentes textos que auxiliaram a Sentença).

Em suma, na tarde de sexta-feira do dia 1º de outubro de 1999, Damião Ximenes Lopes foi internado na Casa de Repouso Guararapes sem a presença de nenhuma lesão externa. No histórico médico do dia 2 do mencionado mês e ano consta uma única observação em que se indica que o paciente se encontrava “calmo, desorientado, [...] confuso”. Medicação alguma lhe foi prescritas nesse dia (informações encontradas em diferentes textos que fundamentaram a Sentença).

Segundo depoimentos, no dia 3 de outubro de 1999, Damião Ximenes Lopes teve uma crise de agressividade e estava desorientado. Damião entrou num banheiro na Casa de Repouso Guararapes e se negou a sair dali, motivo pelo qual foi dominado e retirado à força por um auxiliar de enfermagem, e por outros dois pacientes que, segundo o referido auxiliar eram “orientados e que eram de um certo porte físico avantajado”. No momento em que Damião Ximenes Lopes foi dominado por um dos pacientes e retirado do banheiro, ele sofreu uma lesão no rosto, na altura do supercílio. Em seguida, Damião Ximenes Lopes foi submetido a contenção física e o médico presente na Casa de Repouso Guararapes determinou que lhe fossem aplicados “hadol e fernagan intramuscular”. A crise foi controlada com medicamentos. Os depoimentos e demais provas do momento indicam que Damião Ximenes Lopes esteve submetido a contenção física entre a noite de domingo a amanhã da segunda – feira (informações encontradas em diferentes textos que auxiliaram a Sentença). Tal fato contraria diretamente as orientações do Parecer técnico da OPAS.

O modus operandi da contenção era dado marcante de ocorrência de maus-tratos evidenciado na Casa de Repouso Guararapes. A prática é recomendada em último caso para preservar a segurança do paciente agitado, e que se fundamenta em indicações precisas, e implica em métodos adequados para não ferir nem a dignidade, nem os direitos das pessoas doentes. Não havia no prontuário de Damião Ximenes Lopes a prescrição de nenhuma contenção aplicada ao paciente e nem registro de comunicação aos familiares. Pela descrição obtida a mesma foi feita a toda sorte de agressão e traumas. O paciente, enquanto estava contido não se achava em local seguro, daí ter-se machucado da forma como apresentada no Laudo de necropsia. Relativamente à tal prática, é esclarecedor os depoimentos dos auxiliares de enfermagem quando dizem o seguinte: “Antes chamavam a chefe do plantão ela olhava o paciente e mandava fazer a contenção se estivesse muito agitado”. “A contenção é feita com ordem da enfermeira chefe” (informações encontradas em diferentes textos que auxiliaram a Sentença).

No Relatório de sindicância realizado no período de outubro de 1999 a fevereiro de 2000 foram levantadas algumas questões importantes que gerariam sanções num estado

de normalidade. Se o paciente vinha apresentando episódios de agressividade às 20:50h/min. do dia 3 de outubro de 1999, por que não foi comunicado ao médico plantonista? E por que foi registrado com rasuras no histórico do paciente que “não foi administrado *badol feneryan I amp IM* de cada”? Mais uma vez somos alcançados ao domínio das conjecturas. Teria a enfermagem administrado a medicação citada sem prescrição médica, registrando o fato no livro e, após consumado o êxito letal, com o fito de ocultar tal irregularidade, acrescentado a palavra “não” ao texto escrito previamente? Ou a enfermagem teria contido o paciente sem para tal houvesse qualquer prescrição médica e deixado de comunicar a intercorrência ao médico assistente, bem como a família? (informações encontradas no relatório de sindicância que auxiliou na Sentença).

Qualquer que seja a resposta caracterizava-se, no mínimo, uma má assistência dispensada ao paciente num estado de normalidades. Como estamos num contexto de estado de exceção não temos sanções mínimas nem máximas para as ações dos agentes do Poder soberano do Estado.

Com relação ao ciclo de internações de Damião na Casa de Repouso Guararapes, um depoimento de Irene Ximenes, em Monteiro (2015, p.98) diz que:

“Ele teve lá, três vezes. Pra morte ele teve lá três vezes. É, nessa última ele não ficou lá muito tempo, porque quando a mamãe levou ele era assim seis, lá por seis da tarde, já tava escurecendo [...] Eles deixavam lá bastante tempo porque eles queriam ganhar a diária, a pessoa já tava recuperada, já tava recuperada, já tava bem, mas não mandavam pra casa, o que pudessem segurar, seguravam, passava um mês, dois meses, o paciente fica lá porque ele tá ganhando a diária do paciente, é uma fonte de renda pro dono do hospital né, então ele ficava mais de um mês, dois meses, porque você sabe que com uma semana, com aquela medicação pesada uma semana, saiu do surto dá pra família cuidar, né, mas eles deixam um mês, deixam dois meses [...]”.

4.5.2 Uma “vida absolutamente matável”

Os órgãos do Sistema Interamericano de Direitos Humanos consideraram comprovados que na segunda-feira dia 4 de outubro de 1999, a mãe de Damião Ximenes Lopes chegou para visitá-lo na Casa de Repouso Guararapes aproximadamente as 9:00 horas da manhã, e o encontrou sangrando, com hematomas, a roupa toda rasgada, sujo e cheirando a excrementos, com as mãos amarradas detrás das costas, com dificuldade para respirar, agonizante e pedindo socorro à polícia, a ponto de morrer. Continuava submetido a contenção física que lhe havia sido aplicada desde a noite anterior, já apresentava escoriações e feridas e caminhava sem a adequada supervisão. Posteriormente um auxiliar

de enfermagem o deitou em uma cama, da qual caiu. Então o deixaram em um colchonete no chão.

Albertina Viana declarou o seguinte:

Que internou o filho numa sexta-feira por volta de seis horas, voltando a visitá-lo na segunda-feira. [...] Que pediu que chamassem seu filho, o porteiro falou que o filho dela não estava em condições de visitas [...] entrou chamando Damião, e que ele veio até ela caído e com as mãos amarradas para trás, sangrando pelo nariz, com a cabeça toda inchada e com os olhos até fechados, vindo a cair em seus pés, todo sujo e rasgado [...]. Que, quando ele caiu nos seus pés chamando “polícia, polícia, polícia!”. Que ela não sabia o que fazer, pedindo que desamarrado, todo cheio de mancha roxa pelo corpo, com a cabeça tão inchada parecendo que não fosse ele [...]. Que ela pediu que levassem o doente para que tomasse um banho, e tentou procurar um médico. Que seu filho foi deixado no chão, pois não ficava mais de pé e que no local que se encontrava o médico não tinha local para deitar o paciente. Que o médico estava dentro do balcão. Que lhe pediu socorro para seu filho, dizendo: “Doutor socorra meu filho, senão ele vai morrer”, ao que o médico respondeu dizendo “Deixa morrer, PIS quem nasce é para morrer”. [...] e que o médico disse para ela não chorar, pois ele detestava choro. [...] Que tinha uma funcionária que estava em pé a quem ela pediu que levassem o rapaz para ser banhado; Que saiu para esperar que os enfermeiros o banhassem voltando instantes depois para ver procurou pelo filho, perguntando a uma mulher da limpeza, que estava limpando o chão, e que respondeu dizendo que o filho da depoente havia lutado muito com enfermeiros e que perdeu muito sangue. Que ao encontrar o rapaz ele estava deitado no chão de um dos quartos, completamente nu, e ainda com as mãos atadas para trás. Que neste momento o enfermeiro disse que ele já tinha se acalmado que não era para mexer nele, pois agora tava calminho. Que então a depoente resolveu ir até a casa para chamar alguém que pudesse ajudá-la com aquela situação, pois já não sabia o que fazer ; Que ao sair encontrou uma enfermeira que disse a senhora vai saindo com o coração na mão; Que a depoente saiu correndo pois estava como muito medo de que alguém tentasse contra sua vida por ter visto tinham matado seu filho. [...] Que chegando em casa encontrou com a sogra que lhe deu um recado dizendo que haviam ligado do hospital querendo falar com ela. Que quando chegaram no hospital outro médico lhes disse que sentia muito mas teria de dizer que seu filho estava morto (DEPOIMENTO PERANTE O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL [24/01/2000] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL).

Como avalia Borges (2009, p.29), na segunda-feira Albertina ainda encontrou o filho “pedindo ajuda”, momentos depois quando ela sai e retorna ao hospital já percebe previamente que “Damião já não podia mais recorrer a linguagem para expressar sua dor [...]”.

O depoimento em juízo do médico que atendeu Damião Ximenes Lopes foi coincidente em assinalar que o paciente já se encontrava sangrando quando o examinou na manhã de 4 de outubro de 1999, poucas horas antes de sua morte. Um outro funcionário da Casa de Repouso Guararapes declarou também que na manhã do dia 4, antes de levar Damião para a enfermaria ele já estava sangrando e com hematomas. Na ocasião não foi prestada nenhuma assistência adequada a Damião Ximenes Lopes em virtude da falta de

cuidados, à mercê de todo tipo de agressão e acidentes que poderiam colocar sua vida em risco (informações encontradas em diferentes depoimentos que auxiliaram a Sentença).

Os órgãos do Sistema Interamericano de Direitos Humanos entenderam que Damião Ximenes Lopes morreu aproximadamente às 11:30 do dia 4 de outubro de 1999, na Casa de Repouso Guararapes. Além disso, perceberam a partir das investigações que no momento da morte de Damião Ximenes Lopes não havia nenhum médico de plantão no hospital, pois o único que havia retirou-se do lugar aproximadamente meia hora antes da morte de Damião Ximenes Lopes.

Nesse sentido, o que acontecia na Casa de Repouso Guararapes, em especial, a sinistra morte de Damião Ximenes Lopes, representa um exemplo da vida nua (AGAMBEN, 2004a) que era mantida e custodiada pelo Estado e cuja situação não mais foi tolerada depois da morte de Damião Ximenes Lopes, que como sujeito de direito internacional foi alcançado pelos instrumentos de proteção dos direitos humanos. Assim, poderemos testemunhar ao final dessa dissertação um movimento inverso do Estado depois da referida morte.

4.5.2.1 Causas da morte sem causa

Depois da morte de Damião Ximenes Lopes, o médico que o atendeu pela manhã foi regressou ao hospital. Examinou o corpo da vítima, declarou sua morte e fez constar que o cadáver não apresentava lesões externas e que a causa da sua morte havia sido uma “parada cardio-respiratória”. O médico não ordenou a realização da necropsia no corpo. No mesmo dia os familiares de Damião solicitaram a realização da necropsia e, para essa finalidade, seu corpo foi trasladado da cidade de Sobral-Ce para a cidade de Fortaleza-Ce, onde foi realizada a necropsia. Durante o trajeto do corpo o cadáver apresentou um intenso sangramento, de forma que o lençol que o cobria estava encharcado de sangue quando chegaram ao destino. A pessoa que transferiu o corpo para Fortaleza declarou que

é motorista da ambulância da cidade de Ipueiras-Ce, e que em data certa que não se recorda devido as diversas viagens que faz, foi convocado pela Prefeitura da referida cidade, para se deslocar até a cidade de Sobral-Ce, [...] para ali pegar um corpo de uma pessoa [...] na ocasião o corpo apresentava um pouco de sangue no lençol no qual cobria o corpo do mesmo, porém ao chegar em Fortaleza o lençol estava ensopado de sangue, não sabendo o porquê de tanto sangue, ali jogaram o lençol fora e logo o corpo fora recebido pelo IML e necropsiado [...] (DEPOIMENTO DO INQUÉRITO POLICIAL [09/11/1999] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENS LOPES).

Depois de verificada as circunstâncias da morte de Damião Ximenes Lopes na Casa de Repouso Guararapes, a Comissão IDH passou a investigar as sobre as causas da morte do paciente, com base nas provas levantadas durante as investigações. A este respeito a Comissão IDH observou que, apesar dos hematomas, sangramento nasal, roupas rasgadas e demais circunstâncias que rodearam a morte de Damião, o médico da Casa de Repouso indicou como causa da morte “parada cardio-respiratória”, e não ordenou a realização da autópsia. Diante das evidências de violência, os familiares da vítima decidiram solicitar autópsia, a qual foi realizada em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, visto que o diretor do instituto forense local era o próprio médico da Casa de Repouso Guararapes.

A Corte IDH aponta que o médico da Casa de Repouso Guararapes que avaliou a causa da morte de Damião Ximenes Lopes, não adotou as medidas adequadas, uma vez que, como salientou em declarações que examinou cadáver, mas como não informou que o corpo apresentava lesões externas, embora conhecesse as circunstâncias de violência na casa de Repouso Guararapes, bem como as condições especiais da vítima. A partir da análise de diversos testemunhos, a Corte IDH acreditou que o exame do referido médico descartou possíveis causas morte e não fundamentou seu diagnóstico de morte por parada cardiorespiratória e ignorou a existência de lesões e a necessidade de realização de necropsia, a fim de proceder com um estudo exaustivo do cadáver da suposta vítima.

Ante a falta de clareza com relação às circunstâncias que cercavam a morte de Damião Ximenes Lopes, seus familiares levaram imediatamente o corpo para o Instituto Médico Legal Dr. Walter Porto, de Fortaleza, que realizou a necropsia no cadáver. O Relatório do exame salientou o seguinte:

Às 22:40 do dia 4 de outubro de 1999 deu entrada no necrotério do Instituto Médico Legal, o corpo de um homem acompanhado da guia policial nº796/99, da Delegacia de Sobral-Ce, informando que “o mesmo se encontrava internado no Hospital Guararapes para doentes mentais há 03 dias e hoje pela manhã sua mãe veio visitá-lo e o encontrou em crise nervosa, com o nariz sangrando e com sinais de espancamento, tendo falecido às 11:30 horas de hoje no referido hospital em Sobral-Ce. Trata-se de um corpo do sexo masculino, cor parda, cabelos negros, bigode cultivado, barba por fazer, envolto em um lençol branco. Apresenta rigidez cadavérica generalizada, pupilas dilatadas, hipóstases de decúbio dorsal e ausência de quaisquer manifestações vitais. Exame externo: escoriações localizadas na região nasal, ombro direito, face anterior dos joelhos e pé esquerdo, equimoses localizadas na região orbitário esquerda, ombro homolateral e punhos (compatíveis com contenção). Exame interno: não observamos sinais de lesões de natureza traumática internamente; apresenta pulmonar e congestão, sem outras alterações macroscópicas de interesse médico legal nos demais órgãos dessas cavidades. Enviamos fragmentos de pulmão, coração, estômago, fígado e rim para o exame histopatológico, que concluiu que se tratava de edema e congestão pulmonar moderado, hemorragia pulmonar e discreta esteatose hepática moderada. CONCLUSÃO: [...] inferimos tratar-se morte real de causa indeterminada. Resposta aos quesito:1º) Houve morte?

Sim.2º) Qual a causa da morte? Indeterminada; 3º) Qual foi o instrumento ou meio que produziu a morte? Sem elementos para responder; 4º) Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel? Sem elemento para responder; E nada mais havendo, mandou a autoridade encerrar o laudo que, depois de lido e achado conforme, foi devidamente assinado (EXAME DE NECROPSIA DO CORPO DE DAMIÃO XIMENES LOPES).

O exame de necropsia destacado acima concluiu que Damião Ximenes Lopes teve uma “morte real e de causa indeterminada”, deixando registrado a existência de lesões, embora não mencionadas como teriam sido provocadas. Tampouco é descrito o exame do cérebro da suposta vítima, o que motivou o Ministério Público a pedir a Delegacia de Polícia que solicitasse ao Instituto Médico Legal esclarecimentos sobre o conteúdo da necropsia referente às lesões nela descritas. Após duas solicitações do Delegado de Polícia, o Instituto esclareceu que “as lesões descritas no laudo cadavérico foram provocadas por ação de instrumentos contundentes (por espancamento ou tombos)”. Cumpre salientar que não foram tiradas fotos do corpo de Damião Ximenes Lopes.

A esse respeito, a Dr. Lídia Dias na condição de perita declarou em audiência pública na Corte IDH, que na exumação do cadáver de Damião Ximenes Lopes foi possível constatar que seu cérebro havia sido aberto como se faz nas necropsias, mas não encontrava motivos justificados para que isso não tivesse sido expresso ou descrito no laudo da necropsia realizada em 1999. Segundo a perita, trata-se de um procedimento de rotina e não havia justificativa para não examinar o cérebro ou não descrever o que foi examinado. Declarou também que se poderia formular um diagnóstico, com base na evolução clínica do paciente, morte violenta causada por traumatismo cranioencefálico. O relatório do exame pós-exumático confirma que o crânio apresentava uma “craniotomia transversal”, resultado de exame pericial anterior.

Quanto as marcas que apresentava o cadáver de Damião Ximenes Lopes, Irene Ximenes assinala em juízo que ao tocar o corpo de seu irmão que já estava posto no caixão, viu que tinha um corte no nariz. Que as mãos de Damião havia cortes com manchas de sangue, mais precisamente como se fossem perfurações de marcas de unhas, como se alguém tivesse batido em suas mãos até perfurar, com marcas visíveis de tortura.

Uma das pessoas que vestiu o cadáver de Damião Ximenes Lopes assinalou igualmente o seguinte:

Que, realmente foi uma das pessoas que ajudou a vestir o corpo de Damião, e que viu naquele corpo quando o vestiu o seguinte: a cabeça dele em cima estava como se estivesse fofa, que atrás da orelha tinha uma “cisura”, que o depoente diz ser uma cicatriz, no ombro ao lado direito, uma mancha roxa, como se tivesse sido uma pancada, no braço direito tinha uma mancha vermelha, quando

a cabeça dele fora balançada para vesti-lo saiu “salmoura” [sic] pelo nariz (DEPOIMENTO DO INQUÉRITO POLICIAL [20/12/1999] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES).

Com relação aos autores das lesões infligidas à vítima, a Comissão IDH observou que antes da morte de Damião Ximenes Lopes, uma funcionária dos serviços de limpeza da Casa de Repouso Guararapes disse para Albertina Viana que seu filho tinha lutado muito com os enfermeiros, e que ele havia perdido muito sangue. No mesmo sentido, a Comissão IDH observou que a declaração anterior coincidia com o testemunho de Irene Ximenes, na investigação policial destaca abaixo:

Que a mãe da declarante também lhe falou que aquela mulher que estava passando o pano no chão e que tinha avisado de que o seu filho tinha perdido muito sangue, ainda a falou que tinha ocorrido briga e quando a declarante perguntou a sua mãe se havia sido por parte de pacientes a sua mãe lhe falou que aquela faxineira havia lhe dito que tinha sido com os enfermeiros e que ele havia lutado muito (INQUÉRITO POLICIAL [07/12/1999] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES).

A Comissão IDH observou também que depois da conclusão da investigação policial em 27 de março de 2000 a respeito da morte de Damião Ximenes Lopes, surgiram importantes elementos de convicção sobre as causas de sua morte. A denúncia relatava o seguinte:

Consta no informativo policial que no dia 04 de outubro de 1999, por volta das 09:00 horas da manhã, o deficiente mental Damião Ximenes Lopes veio a falecer no interior da Casa de Repouso Guararapes, em decorrência de maus tratos sofridos nesse nosocômio. [...] Os três últimos denunciados [...] estavam trabalhando durante o horário da morte de Damião e não realizaram as condutas necessárias para velar pela integridade física do paciente, deixando de tomar cuidados indispensáveis para a saúde da vítima. [...]. A materialidade delitiva resta comprovada pelo auto de exame do corpo de delito [...] que constata que a vítima apresentava várias equimoses e escoriações por todo corpo, inclusive nos punhos, em decorrência de contenção realizada sem observância dos preceitos médicos existentes. [...] a saúde do paciente era exposta a perigo, por abusos de meios de correições, ou então, por privação de cuidados indispensáveis (DENÚNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO [27/03/2000] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES).

Tomando em consideração as diversas provas e demais elementos da investigação policial, o Ministério Público concluiu em sua denúncia que

individualizando as condutas de todos os denunciados constata-se que de alguma maneira todos eles submetem Damião a um perigo em decorrência de privá-lo de cuidados indispensáveis à sua saúde, visto que o mesmo era doente mental e tinha sua integridade física estava sob responsabilidade dos funcionários e do diretor do manicômio. [...] o crime fica configurado se ocorre

a exposição a perigo de vida ou à saúde de uma pessoa sob guarda ou vigilância, com fins de tratamento, pela privação de cuidados indispensáveis e abusando de meios de correção e disciplina (DENÚNCIA DO MINISTÉRIO PÚBLICO [27/03/2000] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES).

A Comissão IDH observou igualmente o depoimento de uma testemunha que observou o corpo de Damião Ximenes Lopes na Casa de Repouso Guararapes,

encontraram o corpo de Damião despido e o depoente ao ver o corpo de Damião daquela forma, perguntou ao enfermeiro pelas roupas da vítima e o mesmo respondeu que estavam muito sujas e rasgadas, então foram jogadas fora. Que, ainda foi perguntado a causa dos hematomas nos pulsos, nos ombros, no pescoço, um corte no nariz, no lábio superior, nas costelas, nas pernas, e o enfermeiro informou que era briga entre ele, a vítima Damião e os outros debeis-mentais (DEPOIMENTO DO INQUÉRITO POLICIAL [15/12/1999] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL).

O próprio enfermeiro da Casa de Repouso Guararapes que agrediu Damião admitiu expressamente ter “brigado” com a vítima, assim como “por volta de 1941[...] não era mais segredo nos altos círculos do Partido que os judeus seriam exterminados” (ARENDRT, 1999a, p. 99). O testemunho da banalidade do mal anunciado por Arendt é igualmente confirmado quando enfermeiros da Casa de Repouso Guararapes admitiram que Damião Ximenes Lopes estava envolvido numa “briga”, ainda que outros funcionários tenham dito que a briga não ocorreu com os enfermeiros mas com outros pacientes. O médico que estava na Casa de Repouso Guararapes antes da morte de Damião assinalou o seguinte:

que o depoente percebeu que a vítima tinha um pequeno sangramento nasal; que o depoente passou a questionar dos enfermeiros o motivo do sangramento [...] que os enfermeiros informaram ao depoente que a vítima havia se envolvido numa briga como os demais pacientes (DEPOIMENTO PERANTE O JUIZ DA 3ª VARA DA COMARCA DE SOBRAL-CE [10/08/2000] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES).

Um ex-paciente da Casa de Repouso Guararapes também assinalou que:

tomou conhecimento de que Damião chegou a falecer na Casa de Repouso da cidade de Sobral, quando ali estava internado. Quanto o motivo da morte daquele paciente naquela casa, o falaram que foi porque ele quando foi dado um remédio para tomar, ele não quis então quando lhe foi dado à força, ele reagiu o uso da força a sua pessoa e então apanhou muito (DEPOIMENTO DO INQUÉRITO POLICIAL [09/11/1999] PRESENTE NO PROCESSO INTERNACIONAL DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES).

O Parecer técnico da OPAS deixa claro que o fato de uma pessoa está internada em uma instituição psiquiátrica como a Casa de Repouso Guararapes não significa dizer

que esta é incapaz de aceitar ou recusar um tratamento. O consentimento ou a recusa a um tratamento é feita por um paciente independente que tendo este recebido por parte do profissional de saúde mental informações suficientes e em uma linguagem simples pode aceitar ou recusar o propósito indicado, o método, a probabilidade de duração e os benefícios esperados com esse tratamento. O direito do paciente de recusar o tratamento é uma questão de princípios, que só pode ser ignorado pelo profissional de saúde mental quando o paciente está incapacitado mentalmente, carecendo de independência pessoal (por exemplo, quando o paciente perde a consciência ou o juízo necessário para reconhecer que está enfermo); e simultaneamente, quando a ausência de tratamento pode gerar situações de perigo para o paciente e para outras pessoas ou no caso do delírio grave comprometer o seu completo estado de saúde.

Monteiro (2015) registra em sua pesquisa que entrevistou em janeiro de 2013 um sobrevivente da Casa de Repouso Guararapes chamado Costa e Silva. Ele era um residente no Abrigo⁵⁸ religioso para idosos do município de Sobral. A referida pesquisadora declara o seguinte:

O meu encontro com o Costa e Silva foi mediado por uma aluna que tinha feito estágio no abrigo de idosos e marcou a minha visita com o intuito de entrevistá-la. No dia e horário combinado, compareci à instituição sendo recebida por uma funcionária que logo me alertou sobre “surto de fúria” que o acometem constantemente, “apesar de muitos remédios que ele toma”. Outras vezes se juntaram ao alerta a mim direcionado e durante o transcorrer da entrevista havia sempre um funcionário próximo a nós. A entrevista com Costa e Silva foi um dos momentos mais tensos da minha pesquisa, não devido à sua presença, mas pelo clima de vigilância instalado no abrigo [...]

Quando encontrei aquele senhor de 72 anos, aparentemente fragilizado, com o corpo alquebrado e visivelmente entorpecido por medicação psicotrópica, não senti medo e me aproximei anunciando o motivo da minha visita. Ao ouvir o nome do Damião, o meu entrevistando imediatamente relata o momento da já mencionado da queda no banheiro [...].

Eu perguntei: o Damião caiu, foi isso? Ao que ele responde: “Caiu, tacou-se no chão. Aí veio a polícia, assistente social [...] aí, foi você que matou? Nã, num fui eu, não! Foi você!, não fui eu não”. Surpreendi-me com o relato entrecortado, mas lógico na narrativa e que deixa transparecer a possibilidade de uma acusação de ter empurrado o Damião. Respondendo às minhas perguntas, Costa e Silva afirma que viu “Damião morrer”. Como ele morreu? “Caiu e tacou a cabeça no chão”. E por que o Sr. Acha que matou Damião? “Porque me acusam, porque os enfermeiros disseram que fui eu” e complementa: “estou com minha consciência tranquila que não fui eu”. O entrevistado voltou algumas vezes ao assunto da queda de Damião e sempre na perspectiva de se defender. [...]

Antes de considerar a entrevista encerrada, fomos interrompidos por uma auxiliar de enfermagem do abrigo que ministrou a medicação do meu entrevistado, “está na hora dos remédios dele”, provocando rapidamente a paralisação de sua fala e extinguindo qualquer possibilidade de um diálogo. Despedi-me do Costa e Silva e jamais esquecerei seu olhar fixo e seu leve sorriso nos lábios” (MONTEIRO, 2015, pp.154-155).

⁵⁸ Abrigo Lar do Bom Samaritano.

O fragmento da pesquisa de Monteiro destacado acima muito confirma relatos e depoimento encontrados dentro do Processo Internacional, bem como revela a persistência da racionalidade psiquiátrica em nossos tempos, o que nos leva a perceber a falta operacionalização do projeto promissor da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Tendo em vista as provas documentais, depoimentos e demais elementos antes transcritos; o contexto de violência exercido por enfermeiros da Casa de Repouso Guararapes contra os pacientes desta instituição, que tinha antecedentes de agressões e lesões a pacientes por parte de enfermeiros e inclusive mortes de outros pacientes, devido a golpes na cabeça que receberam enquanto estavam hospitalizados; a falta de resposta do Estado; a falta de explicação e provas por parte do Estado das circunstâncias da morte da vítima; o fato de Damião Ximenes Lopes ter ingressado sem nenhuma lesão externa na Casa de Repouso Guararapes, e três dias depois, aparecer sangrando profundamente, com marcas de lesões causadas por golpes com instrumentos contundentes ou com punhos; a necropsia do cadáver de Damião Ximenes Lopes e de posteriores esclarecimentos; bem como a falta de uma investigação judicial pelo Estado das causas da morte da vítima levaram a Comissão IDH a concluir que a morte de Damião Ximenes foi causada por golpes com punhos ou com objetos contundentes e golpes na cabeça impostos por enfermeiros da Casa de Repouso Guararapes.

Diante de todos estes fatos e provas documentais expostas, a Corte IDH considerou que o protocolo da necropsia realizada no corpo de Damião Ximenes Lopes em 4 de outubro de 1999 não cumpriu as diretrizes internacionais reconhecidas para as investigações forenses, já que não apresentou, entre outros elementos, uma descrição completa das lesões externas e do instrumento que as teria provocado, da abertura e descrição das três cavidades corporais (cabeça, tórax e abdômen), referindo-se na conclusão à “causa indeterminada” da morte, por conseguinte, tampouco mencionou o instrumento que as teria provocado. Por sua vez, a Direção Técnico-Científica do Instituto Médico Legal que realizou a exumação também concluiu que se tratava “de um caso de morte real de causa indeterminada”. Diante destes fatos, a Corte IDH estima que os Estados, em atendimento as suas obrigações de investigar os delitos, designe sempre uma autoridade competente para realização das investigações forenses, entre as quais se inclui a necropsia, em observância das normativas internas e internacionais. No caso da morte de Damião Ximenes Lopes ficou claro para a Corte IDH que o Instituto Médico Legal não realizou as investigações nem documentou os achados encontrados no decorrer da necropsia,

conforme dispõem as normas e práticas forenses (informações encontradas no Processo Internacional).

4.6 Família Ximenes Lopes e a população brasileira

Por conta dos sofrimentos experimentados pelos familiares de Damião Ximenes Lopes, a Corte IDH determinou em sua sentença, em 2006, que o Estado brasileiro indenizasse no prazo de um ano os danos materiais, emergentes e imateriais sofridos pela família da vítima. O dano imaterial pode abranger os sofrimentos e as aflições, o menosprezo de valores muito significativo para as pessoas e as alterações, de caráter não-pecuniário, nas condições de existência de vítimas. Não sendo possível atribuir ao dano imaterial um equivalente monetário preciso a reparação integral às vítimas só pode ser objeto de compensação de duas maneiras. Em primeiro lugar, mediante o pagamento de uma quantia em dinheiro ou a entrega de bens ou serviços apreciáveis em dinheiro, que a Corte IDH determine em aplicação razoável e em termos de equidade. Em segundo lugar, mediante a realização de atos ou obras de alcance ou repercussão pública, que tenham como efeito, entre outros, reconhecer a dignidade da vítima e evitar a repetição das violações. No quadro destacado abaixo podemos visualizar de maneira geral as reparações às vítimas no Caso Damião Ximenes Lopes.

Tabela 6 Resumo das Reparações Determinadas pela Corte IDH

REPARAÇÕES DETERMINADAS PELA CORTE IDH NA SENTENÇA DO CASO DAMIÃO XIMENES LOPES (2006)			
REPARAÇÃO	BENEFICIÁRIOS (ÀS) VÍTIMAS	VALOR EM US\$	STATUS DA REPARAÇÃO
Dano material (gastos e custos processuais) e imaterial	ALBERTINA VIANA LOPES	US\$ 61.500,00	Cumprida
Dano material (perda de ingressos), emergentes e imateriais	IRENE XIMENES LOPES	US\$ 55.000,00	Cumprida
Dano imaterial	COSME XIMENES LOPES	US\$ 15.000,00	Cumprida
Dano imaterial	FRANCISCO LEOPOLDINO LOPES	US\$ 15.000,00	Cumprida
Somatório dos danos	FAMÍLIA XIMENES LOPES	Valor Total: US\$ 146.500,00	Cumprida
Investigar os fatos em tempo razoável	FAMÍLIA XIMENES LOPES	-----	Parcialmente cumprida (em fase de cumprimento)
Publicar sentença no Diário Oficial	FAMÍLIA XIMENES LOPES	-----	Cumprida
Saúde Mental Brasileira: estabelecer programas de capacitação para profissionais que atuam em saúde mental para maior implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.	POPULAÇÃO BRASILEIRA	Com investimentos permanentes	Parcialmente cumprida (em fase de cumprimento)

Fonte: Adaptações de informações feitas pela pesquisadora

Em agosto de 2007, por meio do Decreto nº6.185/2007, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva pagou a indenização determinada pela Corte IDH aos familiares de Damião que compreendeu um valor de US\$ 146.500 mil dólares (a Corte IDH determinou que o pagamento fosse efetivado no prazo de um ano). Apesar dos familiares de Damião Ximenes serem constituído por Leopoldino Ximenes Lopes [pai], Albertina Viana Lopes [mãe], Irene Ximenes [irmã], Antônio Ximenes [irmão], Cosme Ximenes [irmão], Cícero Ximenes [irmão], Raimundo Ximenes [irmão] e Irina Ximenes [irmã]), a indenização da Corte IDH só alcançou a 4 destes membros (os pais, o irmão-gêmeo [Cosme] e uma irmã [Irene]). Tal fato deve-se a solicitação da petionária Irene Ximenes, que requereu as indenizações levando em consideração o grau de proximidade e afetividade de cada um para com Damião (ou seja, a indenização alcançou aqueles mais próximos afetivamente de Damião e que mais sofreram com sua morte). No referido Decreto consta que a mãe (Albetina Viana) recebeu R\$ 117.766,35 e a irmã (Irene Ximenes) R\$ 105.319, 50, o pai (Leopoldino Lopes) e o irmão gêmeo (Cosme Ximenes) receberam cada um R\$ 28.723, 50 reais. A forma como a família Ximenes Lopes fundamentou tanto oralmente na audiência pública como por escrito dentro do processo internacional perante a Corte IDH, a solicitação dessas indenizações leva-nos a concluir que esta foi uma indenização quantitativa que teve como base de cálculo: Amor e os impactos psicológicos, conforme destacaremos a seguir.

Tabela 7 Resumo das reparações determinadas pela Corte IDH em real (R\$)

VALORES EM DÓLARES DA SENTENÇA CONVERTIDOS EM REAL			
2007			
Albertina Viana Lopes	US\$ 61.500,00	TAXA DE CAMBIO DE R\$ 1,9149	R\$ 117.766,35
Francisco Leopoldino Lopes	US\$ 15.000,00	TAXA DE CAMBIO DE R\$ 1,9149	R\$ 28.723,50
Irene Ximenes Lopes	US\$ 55.000,00	TAXA DE CAMBIO DE R\$ 1,9149	R\$ 105.319,50
Cosme Ximenes Lopes	US\$15.000,00	TAXA DE CAMBIO DE R\$ 1,9149	R\$ 28.723,50
Somatório total	US\$ 146.500,00	-----	R\$ 280.532,82

Fonte: Adaptações de informações feitas pela pesquisadora

A sentença da Corte IDH reconheceu que dentre os diversos familiares que tinha Damião Ximenes Lopes, sua mãe (Albertina), seu pai (Leopoldino), assim como sua irmã (Irene) e seu irmão-gêmeo (Cosme) eram as pessoas mais ligadas à vítima.

A Constituição de 1988 assegura indenização por dano material, tornando obrigatório também a reparação ao dano moral porventura violado, senão vejamos: Artigo 5º “[...] Inciso X- são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrentes de sua violação”.

O dano imaterial sofrido pelos familiares de Damião Ximenes Lopes foi compreendido pela Corte IDH em seu conteúdo, que compreende a dor, os abalos dos sentimentos, provocadores de tristeza, desgosto, depressão e a perda da alegria de viver. Em geral, a dolorosa sensação experimentada pela família Ximenes Lopes alcançou o mais largo significado da palavra Dor. Nesse caso, a reparação em dinheiro veio em certa medida apenas atenuar as consequências do sofrimento ligado ao dano-morte.

A população brasileira também foi reconhecida pela Corte IDH no caso Damião Ximenes Lopes como vítima, mas esta ainda não recebeu por completo sua reparação, que caminha a passos lentos e a recebe em demoradas prestações. Nesse caso, a reparação é compreendida como medidas a evitar a repetição dos fatos lesivos que vitimaram um brasileiro. Para efetivação das medidas determinadas pela Corte IDH falta boa vontade política, operacionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira e formação profissional em saúde mental permanente.

A Corte IDH entende que “reparação” é um termo genérico que compreende diferentes formas de um Estado lidar com a responsabilidade internacional em que incorrer. Os modos específicos de reparar variam segundo a lesão produzida: poderá consistir na restituição dos bens afetados, um tratamento médico para recuperar a saúde física da pessoa lesionada, na obrigação do Estado de anular certas medidas administrativas, na devolução da honra ou dignidade que foram ilegitimamente afetadas, no pagamento de uma indenização, etc. No que se refere a violação ao direito à vida, como no caso de Damião Ximenes Lopes, a reparação, dada a natureza do bem afetado, adquire sobretudo a forma de uma indenização pecuniária, segundo a prática jurisprudencial desta Corte. A reparação pode ter também o caráter de medidas a evitar a repetição dos fatos lesivos. As medidas tendem a fazer desaparecer os efeitos da violação cometida. Sua quantidade e seu valor dependem do dano ocasionado tanto no plano material como no moral. A reparação

não pode implicar nem um enriquecimento nem um empobrecimento para a vítima ou seus sucessores.

4.6.1 Irene Ximenes Lopes Miranda

Imagem25

Irene Ximenes Miranda na luta por amor



Fonte: foto pública disponível no acervo do Instituto Damião Ximenes Lopes (2009)

As consequências da eterna separação física (morte) de Damião trouxeram para Irene Ximenes Miranda grande sofrimento, físico e psicológico:

a) causando danos até aos seus dependentes, como a filha recém nascida, que ficou sem alimento natural, porque as mamas da mãe deixaram de produzir leite, devido o grande abalo emocional sofrido e várias semanas sem se alimentar;

b) três anos de depressão constante deixaram-lhe sem motivação para trabalhar, perdendo o emprego 26 dias após a morte de Damião;

c) a crueldade da forma como o irmão foi morto gerou muito sofrimento, levando Irene a ter pesadelos horrendos com Damião sendo torturado e seu cadáver em decomposição. Foram anos de noites atormentadas e dores que dilaceravam o coração e a alma;

d) durante dois anos ficou sem assistir TV, porque programas e cenas traziam lembranças de Damião e, conseqüentemente da terrível tragédia;

e) na busca acirrada de luta por justiça teve que viajar muitas vezes as cidades de: Sobral-Ce (delegacia, fórum, Secretaria de Saúde, etc.); a Fortaleza-Ce (Assembleia Legislativa; a Entidades de Direitos Humanos, órgãos da saúde e Justiça, etc.); a Brasília-

DF (depor contra o referido crime); a Recife-Pe, onde ofereceu denúncia do caso à relatora da ONU, Sra. Hina Jilani. Todas estas viagens foram sofridas por ter que se separar das filhas, deixando-as por conta de terceiros, e muitas vezes encontrando as crianças deprimidas e até doentes;

f) para ter direito a Justiça submeteu-se a gastos que desequilibrou seu orçamento financeiro mensal e esgotou todas as suas economias, tais gastos envolviam: despesas com viagens; estadia; advogados e peritos; deslocamento de testemunhas pobres que queriam depor, mas não tinham condições financeira para chegar até a delegacia, fórum e entidades de direitos humanos; xerox de processos administrativos e judiciais; relatórios; material de imprensa e diversos; correios; telefone e fax; internet; custas de cartórios; despesas com o velório e outras;

g) por ocasião da morte de Damião, foi contraindo débitos que ainda não tinham sido quitados, em 2006, como a compra de um terreno no cemitério São Raimundo em Varjota-Ce, e o término da construção do túmulo de Damião que ainda não estava para ser concluído, pois seus restos mortais encontravam-se num túmulo emprestado⁵⁹;

h) o desgaste mental e emocional com inúmeras reuniões e audiências em órgãos ligados a saúde, justiça e direitos humanos, na tentativa de encontrar meios para obter Justiça;

i) a sensação de desespero (controlada com ajuda terapêutica) causada pelo desrespeito do Governo brasileiro pela vida humana, e o descaso da justiça nacional para com os mais vulneráveis;

j) constrangimentos e indignação com a humilhante proposta oferecida pelo Governo em 30/06/2004 (pensão mensal vitalícia a favor de Albertina Viana Lopes como compensação por “dano moral”, que na época alcançava o valor de R\$ 323,40 (trezentos e três reais e quarenta centavos).

No curso do envolvimento de Irene Ximenes Miranda com o caso de seu irmão, encontrou muitas pessoas que sofreram maus tratos ou que tiveram parentes espancados dentro da Casa de Repouso Guararapes, mas as famílias e as vítimas em sua maioria não tinham interesse em denunciar, porque tinham medo de enfrentar a polícia e o hospital. Nem todos os vitimados viraram testemunha como diz Agamben (2008c). Para afrontar o poder soberano do Estado em tempos de exceção é preciso ter a coragem de Irene Miranda Ximenes que abriu pela primeira vez as portas do Brasil, para que a Justiça Internacional apurasse a monstruosidade de um caso de violação dos direitos humanos,

⁵⁹ Para Borges (2009, p. 39), esse registro, “da continuidade da dor e da morte e da importância de enterrar seu irmão em um lugar definitivo, era mais um dos desejos de justiça buscados por Irene”.

envolvendo um sujeito com transtorno mental. Esquecer esse fato dentro da história da saúde mental brasileira seria não termos remorso pelo mal ilimitado que tanto vitimou nossos pares na Casa de Repouso Guararapes. Como diz Arendt (1999a, p. 254 grifo nosso):

[...] os buracos de esquecimento não existem. Nada humano é tão perfeito, e simplesmente existem no mundo pessoas demais, para que seja possível o esquecimento. Sempre sobra um homem [uma mulher como Irene Ximenes] para contar a história. Portanto, nada pode ser praticamente inútil, pelo menos a longo prazo.

Em Borges (2009, p.40) “Albertina falava da coragem de Irene com grande entusiasmo: ‘Ela é valente, a Irene é valente’”. Em outro momento, Fátima, assessora da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Ceará disse para Borges que a partir de 1999 a denúncia de Irene, “mudou o mundo dos portadores de transtornos mentais” (Idem, p.54). Mem seguida, a médica Lídia Dias comenta também para Borges: “Para mim, uma mulher com a força de Irene é um exemplo, pois com sua determinação mudou os valores e envolveu seus familiares nessa militância” (Idem, p.60).E complementa, [...] “o caso só chegou aonde chegou pelas provas documentais, que só foram possíveis com a dedicação de Irene e a ajuda da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia” (p.61).

Em Monteiro (2015, p. 73) Albertina revela o quanto Irene Ximenes foi importante na luta por justiça: “[...] sem ela a morte do meu filho tinha ficado para lá. Minha filha é muito corajosa. Tomou a frente de tudo e não teve medo de enfrentar os poderosos”. Albertina também diz para Borges (2009, p. 40) que a “Justiça [...] mata a gente no cansaço”. Nesse caso, a lentidão da justiça brasileira aparece no discurso da mãe de Damião como um sofrimento que se porta.

Nesta perspectiva, a Corte IDH levou em consideração todas as investidas de Irene Ximenes a longo prazo e a angústia da mesma diante da injustiça manifesta. Irene declarou perante esta Corte que “no dia do enterro do irmão se ajoelhou sobre o seu caixão no cemitério e jurou naquele momento que sua alma não sossearia enquanto não houvesse justiça no caso de Damião Ximenes Lopes”. Na época da finalização das investigações internacionais já completava seis anos da luta de Irene por Amor a Damião. A pergunta mais insistente sobre o julgamento de Eichmann também acompanhava Irene Ximenes nessa luta “__ O que pode fazer? – só existe uma resposta possível: fazer justiça” (ARENDR, 1999a, p. 276). Neste sentido, Pereira (2001, p. 120) diz que Irene aparece

nesse processo “[...] como se fosse um Antígona do Sertão, torna-se uma porta-voz das dimensões humanas negadas a seu irmão Damião Ximenes Lopes”.

Com base nos danos descritos acima e na pergunta mais insistente de Irene Ximenes, a Corte IDH determinou em sua sentença que a mesma deveria receber do Estado brasileiro indenização a título de dano imaterial e material, considerando a aflição causada pela morte de seu irmão, com quem mantinha um laço afetivo estreito, o que lhe causou sofrimentos e sequelas psicológicas posteriores e pelos gastos financeiros. Ademais, ainda que em detrimento do bem-estar de suas filhas, procurou justiça em todos os lugares, recorrendo a diversos órgãos na jurisdição interna e internacional, o que a fez sofrer e reviver de maneira constante as circunstâncias da morte do irmão. Em consideração ao exposto, a Corte IDH fixou para Irene Ximenes Miranda, as seguintes compensações: a) dano material (perda de ingressos): US\$ 10.000,00; b) dano imaterial correspondente a Damião Ximenes Lopes a ser repassado para sua irmã [Irene]: US\$ 20.000,00; e c) dano imaterial pelo sofrimento causado pela morte do irmão: US\$ 25.000,00. O Estado brasileiro efetivou tais indenizações no ano de 2007.

Após a sentença internacional da Corte IDH, Irene alarga mais ainda sua militância em defesa das pessoas com transtornos mentais. Assim, no dia 26 de junho de 2009, Irene fundou o Instituto Damião Ximenes na cidade Ipueiras, Estado do Ceará (cidade do poeta Gerardo de Mello Mourão, considerado o “Camões” brasileiro). A instituição possui abrangência em todo o Estado do Ceará, podendo, conforme seu crescimento, se estender em todo o território nacional. Primeiramente, esta entidade civil, sem fins lucrativos construiu sua sede na Rua padre Angelim, nº 129 no centro do município de Ipueiras. Atualmente, a instituição mudou sua sede para outra rua, que fica próxima ao hospital público e ao Fórum local.

Silva (2011, p. 85) declara que participou do momento histórico da inauguração do Instituto Damião Ximenes:

“a irmã de Damião me cedeu uma entrevista não gravada em 2007 e outra gravada em 2009, e me recebeu em sua casa em 2009 para a inauguração do Instituto Damião Ximenes / IDX, ONG em defesa dos direitos humanos fundada em Ipueiras-CE, em homenagem ao irmão. Ela colaborou para que eu convivesse uma semana com sua família – inclusive sua mãe, o marido e o irmão – e compreendesse um pouco mais as condições de possibilidade dessa denúncia à Comissão Interamericana em 1999. Também me apresentou uma das testemunhas arroladas contra o “Estado Brasileiro”, um morador de Ipueiras que tinha sido internado em Guararapes”.

Quando Monteiro (2015, p. 79) investiga sobre o surgimento do Instituto Damião Ximenes

Irene relata que ocorreu em 2002, quando participava das reuniões do Movimento Antimanicomial. Segundo informou, ‘o sonho’ era dar assistência a portadores de transtorno mental, mas o projeto tornou-se inviável devido à exigência de participação de um médico psiquiatra, o que encarecia o investimento. [...].

A limitação financeira levou-a à opção de trabalhar com adolescentes entre 12 e 17 anos ‘que estão em situação vulnerável, socialmente vulneráveis, que se envolvem com drogas, outros que fugiram de casa, outros que tem conflito dentro de casa, são adolescentes que já foram acompanhados pelo Conselho Tutelar’. No momento da minha visita, havia trinta e três adolescentes inscritos no Instituto Damiano Ximenes. As atividades no Instituto estavam ligadas à música (aulas de violão e teclado) e aulas de artesanato. [...].

A menção ao Instituto Damiano Ximenes aparece nas pesquisas de Martinho Silva (2011) e de Rita Monteiro (2015), o que me deixa feliz, pois é um sinal de academia tem procurado (re)conhecer o trabalho dessa instituição. Em abril de 2015, tive um rápido encontro com Irene Ximenes. Na ocasião, ela compartilhou algumas de suas dificuldades para administrar o Instituto. Neste caso, a falta de apoio e parcerias locais é um grande obstáculo, pois carece pessoas e instituições que se disponham a ajudar a executar os Projetos da instituição sem interesse político/eleitoral.

4.6.2 Cosme Ximenes Lopes

Imagem 26
Cosme Ximenes Lopes
(gêmeo de Damiano)



Fonte: foto pública disponível no acervo do Instituto Damiano Ximenes (2009)

Cosme Ximenes Lopes se identificava integralmente com seu irmão Damiano Ximenes Lopes pelo fato de serem gêmeos e de terem muita proximidade desde o nascimento.

A morte de Damiano trouxe sérios prejuízos para Cosme, que também já tinha sofrido internamento e vítima de maus tratos em manicômios. A certeza desesperadora de que ele poderia também ser vítima, se voltasse a precisar dos serviços psiquiátrico-

hospitalares, o deixava angustiado inconsolável: a) ao receber a notícia da morte do irmão, entrou em estado de choque por alguns dias; b) foi tomado por um medo absurdo que trouxe transtorno familiar para a esposa e outros irmãos; c) a angústia produzida pela tragédia lhe impossibilitou de trabalhar, ocasionando a perda do emprego, único sustento da família; d) teve que se submeter a tratamento médico, por vários meses com gastos superiores a sua condição financeira, precisando assim, da ajuda de outros membros da família; e) o sofrimento de cinco anos de frustração pela impunidade dos criminosos; e f) constante amarguras pela perda do irmão que era parte de sua identidade.

Albertina Viana durante depoimento, em Monteiro (2015, p.73) informa que Cosme também tem um diagnóstico de transtorno mental, mas nunca este internado na Casa de Repouso Guararapes. Nesse caso, ele continua “[...] em tratamento, mas com médico particular, toma remédio e vai tocando a vida dele”, é casado, tem filhos e foi um dos beneficiários da indenização recebida pela família.

Na indenização a título de dano imaterial, a Corte IDH determinou a Cosme Ximenes Lopes o valor de US\$ 15.000,00 (quinze mil dólares dos EUA da América), tendo em vista que este tinha forte vínculo afetivo com Damião Ximenes Lopes. O evento morte do irmão lhe causou dor e sofrimento, gerando estado de choque e depressão, o que implicou na perda do seu trabalho. O Brasil efetivou o pagamento em dinheiro desta indenização, em 2007.

4.6.3 Albertina Viana Lopes

Imagem27
Albertina Viana Lopes
(mãe de Damião)



Fonte: foto pública disponível no acervo do Instituto Damião Ximenes (2009)

Os flagelos e a morte brutal que vitimou Damião Ximenes Lopes transformaram a vida de sua genitora num vale de lágrimas. Conforme os relatos do Processo Internacional, Albertina enfrentou anos de vida física e psicológica destruída por conta da falta de Damião Ximenes Lopes. Os transtornos que lhe causaram anos de sofrimento se arrastam até hoje: a) sempre inconformada com as lembranças torturantes de tudo que presenciou no dia 04/10/1999, apesar dos anos ela ainda continua ouvindo o brado de Damião Ximenes Lopes pedindo socorro, sem ninguém para ajudá-lo naquele hospital; b) seu sistema neurológico foi afetado, até hoje sofre de alguns distúrbios emocionais quando precisa tratar sobre o caso; c) ainda sofre de depressão e desejo de morrer; d) adquiriu traumas (medo mórbido de hospital); e) ela passou a sofrer de uma certa “psicose de defesa da vida”, por isso não quer tocar em nada vivo, como animais, insetos ou plantas, porque não quer matá-los. Tudo faz lembrar o filho; e f) adquiriu gastrite nervosa e em consequência uma úlcera duodenal que foi tratada com dificuldade, por conta do medo enorme de hospitais que passou a ter após a morte do filho.

Os danos morais ainda são reclamados com lágrimas, como: a) a humilhação sofrida dentro do hospital na hora em que pedia socorro para seu filho, tratada pelo médico plantonista com desprezo e degradação humana; b) sofrimento moral causado pelo desrespeito dos criminosos, que para se defender replicam o assassinato como acusação falsa e exigiram retratação pública da família Ximenes Lopes; c) sofrimento de decepção e indignação com a negligência, descaso e morosidade da Justiça brasileira; d) sofrimento de frustração, pela impunidade dos responsáveis; e e) despesas com assistência médica, psicológica e medicamentos para corrigir danos causados a sua saúde física e emocional.

Em 2004, o Estado do Ceará em 30/06/2004 determinou uma pensão mensal vitalícia a favor de Albertina Viana Lopes como compensação por “dano moral”, que na época alcançava o valor de R\$ 323,40 (trezentos e três reais e quarenta centavos. Tal valor foi questionado pelos familiares da vítima, pois representava uma humilhação o valor da pensão. A esse respeito, a Corte IDH estimou uma indenização digna pela violação dos direitos humanos em favor de Albertina Viana Lopes, independentemente de outras reparações a serem fixadas pelo Processo Civil dentro do Estado brasileiro.

Sistematicamente, a Corte IDH determinou que o Brasil indenizasse Albertina quanto ao: a) dano emergente: US\$ 1.500,00; b) dano material correspondente a Damião Ximenes Lopes(a ser repassado para sua mãe): US\$ 20.000,00; c) dano imaterial sofridos com a morte do filho: US\$ 30.000,00 (a genitora sofreu um profundo sentimento de

angústia, seguida de sequelas físicas e psicológicas); e d) gastos e custas processuais: US\$ 10.000,00. Tais indenizações foram pagas em 2007.

4.6.4 Francisco Leopoldino Lopes

Imagem 28
Francisco Leopoldino Lopes
(pai de Damião)



Fonte: foto pública disponível no acervo do Instituto Damião Ximenes (2009)

Francisco Leopoldino Lopes, embora estivesse separado da mãe da vítima, nunca interrompeu os laços familiares com seu filho (Damião Ximenes Lopes) e, conseqüentemente sofreu com sua morte. Leopoldino no processo de educação dos filhos sempre aparece nos depoimentos como uma figura muito rigorosa e respeitada pelos filhos. Na condição de pai sofreu muito com a morte desumana do filho na Casa de Repouso Guararapes. No velório de Damião Ximenes Lopes, o pai exclamava: “a tristeza de ver um filho jovem e morto nunca pode ser apagada da memória”. Por muito tempo este pai foi tomado pelo desejo de “vingança”, porque tinha a certeza de que a Justiça brasileira só funcionava quando o infrator era um pobre desamparado. Por conta da morte do filho acabou experienciando um longo período de depressão, o que o levou a frequentar a Igreja evangélica na tentativa de buscar cura para a ferida da alma, produzida por um monstruoso sistema de saúde que nunca trata o sujeito com transtorno mental, mas sim o aniquila na vida.

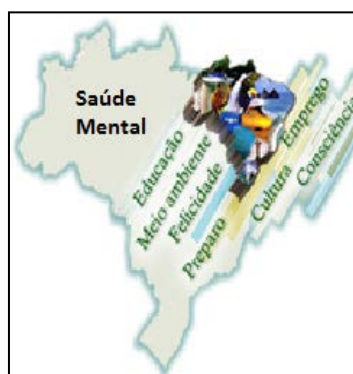
A partir do exposto, a Corte IDH considerou que Francisco Leopoldino Lopes deveria ser indenizado pelo Estado brasileiro na quantia de US\$ 15.000,00 (quinze mil

dólares dos EUA da América). Em 2007, o Brasil pagou em dinheiro o título de indenização determinado pela Corte IDH ao pai de Damião Ximenes Lopes.

4.6.5 A população brasileira

Imagem 29

População brasileira



Fonte: Imagens livres

A Corte IDH encontrou as provas necessárias dentro do Processo Internacional de que o Estado brasileiro na época da morte de Damião Ximenes Lopes, em 1999, não dispensava adequada atenção ao tratamento e internação de pessoas com transtornos mentais. Tomando o caso da Casa de Repouso Guararapes como exemplo de instituição que oferecia serviços em saúde mental pelo SUS, a Corte determinou que o Estado reparasse os prejuízos sofridos pela população brasileira. Embora no momento da prolação da Sentença da Corte IDH, em 2006, o Brasil já tivesse adotado diversas medidas destinadas a melhorar esse atendimento, esta Corte considera até hoje que o Estado deve continuar a desenvolver programas de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem, bem como todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, dando ênfase aos princípios que devem reger o tratamento a ser oferecido às pessoas com transtornos mentais, de acordo com as normas internacionais sobre matérias e as dispostas na Sentença do caso Damião Ximenes Lopes.

A referida Sentença reiteradamente afirma que o direito à vida é um direito humano fundamental, cujo gozo constitui um pré-requisito para o desfrute de todos os demais direitos humanos. Em razão do caráter fundamental do direito à vida, não são admissíveis enfoques restritivos de um estado de exceção a tal direito. O direito à integridade pessoal não pode ser suspenso em circunstância alguma, para que mortes como a do brasileiro Damião Ximenes Lopes não volte a vitimar a população brasileira.

Seguindo o pensamento de Agamben (2008b), podemos observar que os tempos da era Guararapes (1974-2000) não eram de normalidade, porque havia a consolidação de uma política de gestão perversa da vida nos espaços psiquiátricos brasileiros, a qual chamamos aqui de esquizofrenia da exceção. A partir das leituras de Antônio Ciampa, Aluísio Lima e Agamben podemos dizer que a administração da vida na Casa de Repouso Guararapes, primeiramente danificou a identidade de Damião Ximenes Lopes com um diagnóstico psiquiátrico, em seguida capturou a legitimidade de sua linguagem e da vida em sua integridade, condicionando-o a um tratamento que lhe afirmava não ser mais o mesmo e que ele precisava virar um “outro”, o “doente mental estabilizado”. E como sobrevivente ele voltaria para o “mundo da vida”, devido a sua condição de “usuário de saúde mental”. Infelizmente, Damião morreu logo no início do ciclo que provavelmente seria infundável de internações, todavia, mesmo morto sobreviveu enquanto sujeito de direito para condenar internacionalmente o Estado brasileiro como violador dos Direitos Humanos e impulsionara criação de novas formas de gestão da vida fora da esfera de qualquer tipo de exceção asilar.

A Corte IDH estabeleceu na Sentença do caso Damião Ximenes Lopes, que a infração do direito à integridade física e psíquica das pessoas é uma espécie de violação que apresenta diversas conotações de grau e que abrange desde a tortura até outro tipo de vexames ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, cujas sequelas físicas e psíquicas variam de intensidade segundo os fatores endógenos e exógenos que deverão ser demonstrados em cada situação concreta, ou seja, as características pessoais de uma possível vítima de tortura ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes devem ser levadas em conta no momento de determinar se a integridade pessoal foi violada, já que essas características podem mudar a percepção da realidade do indivíduo e, por conseguinte, aumentar o sofrimento e o sentido de humilhação quando são submetidas a certos tratamentos.

Assim, é possível dizer que os eventos no campo da saúde mental brasileira que se seguiram Pós 4 de outubro de 1999 têm relação direta com a denúncia internacional da

morte de Damião Ximenes Lopes, o que nos possibilita mostrar dentro dessa dissertação que o discurso oficial, propagado pelos agentes públicos, muitas vezes considerado como uma forma de reconhecimentos dos anseios dos movimentos sociais em defesa da saúde mental, surgiram numa tentativa do Estado sair da esquizofrenia da exceção perante investigações da Corte IDH.

Tal fato pode ser verificado na página 79 da Sentença do caso Damião Ximenes, quando a referida Corte destaca que para efeitos de desculpa pública aos familiares, em 3 de novembro de 2005 foi dado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), instalado na cidade de Sobral-Ce no âmbito da criação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, o nome de “Centro de Atenção Psicossocial Damião Ximenes Lopes”. O Estado demonstra também na Sentença que apoiou a ideia de nomear a sala em que se realizou a III Conferência Nacional Saúde Mental (2001/Brasília) com o nome de Damião Ximenes Lopes. Isso tudo contribuiu com a demonstração do quanto o País estava preocupado com a não-repetição de fatos lesivos como os ocorridos neste caso particular, bem como possibilita manter viva a memória da vítima. Irene Ximenes Miranda na página 14 da mesma Sentença afirma que estima positiva a designação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da sala da III Conferência Nacional Saúde Mental com o nome de seu irmão, mas enfatiza que isso ainda não configura Justiça. Irene frisa que tal fato representa o mínimo que o Estado poderia fazer diante das circunstâncias de flagrante violação dos direitos humanos sofrida por seu irmão.

A Corte IDH reconheceu na Sentença que o Estado já tinha adotado uma série de medidas a reorientar as condições de atenção psiquiátrica nas diversas instituições do SUS, desde quando tomou conhecimento da denúncia nacional e internacional do caso Damião Ximenes. Algumas dessas medidas foram adotadas pelo Município de Sobral-Ce, a saber: foi construída uma comissão para investigar a responsabilidade da Casa de Repouso Guararapes em relação à morte de Damião Ximenes Lopes; foi implementada a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral; foi assinado no ano 2000 um convênio entre o Programa Saúde na Família e a Equipe de Saúde Mental do Município de Sobral; e foram criados uma Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Dr. Estevão da Ponte do Município de Sobral; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) especializado no tratamento de pessoas portadoras de psicose e neurose; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) especializado no tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras substâncias psicotrópicas; o Serviço Residencial Terapêutico; e uma unidade ambulatorial de psiquiatria

regionalizada no Centro de Especialidades Médicas e equipes do Programa Saúde na Família.

O Estado também adotou várias medidas no âmbito nacional, entre as quais estão: a aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, conhecida como “Lei de Reforma Psiquiátrica”; a realização do seminário sobre “Direito à Saúde Mental – Regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216”, em 23 de novembro de 2001; a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2001; a criação a partir de 2002 do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos; a implementação em 2004 do Programa de Reestruturação Hospitalar do Sistema Único de Saúde; a implementação do “Programa de Volta para Casa”; e a consolidação em 2004 do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental.

O Tribunal da Corte IDH reconhece que o Estado vem tentando operacionalizar as referidas medidas de reparação à população brasileira, cuja eficaz aplicação possibilitará o melhoramento do atendimento de saúde e sua regulamentação e fiscalização no âmbito do Sistema Único de Saúde.

4.6.5.1 O direito ao respeito à dignidade e à autonomia

No que diz respeito ao direito ao respeito à dignidade e à autonomia das pessoas portadoras de deficiência mental⁶⁰ e a um atendimento médico eficaz, a Corte IDH afirma que os Estados têm o dever estatal de assegurar a estas pessoas o acesso a serviços de saúde básicos; à promoção da saúde mental; à prestação de serviços dessa natureza que seja o menos restritivo possível; e à prevenção das “deficiências mentais” (informações e termos utilizados pelos peritos da Corte IDH).

Nesta mesma perspectiva, a referida Corte ressalta que em virtude de sua condição psíquica e emocional, as “pessoas portadoras de deficiência mental” são particularmente vulneráveis a qualquer tratamento de saúde e essa vulnerabilidade se vê aumentada quando essas pessoas ingressam em instituições de tratamento psiquiátrico para internação. Essa vulnerabilidade alargada deve-se ao desequilíbrio de poder muitas vezes

⁶⁰Os juízes da Corte IDH utilizaram na Sentença do Caso Damião Ximenes Lopes a “Convenção Interamericana Sobre Todas as Formas de Discriminação Contra Pessoas com Deficiências” (1999). Esta Convenção do **sistema regional** (único documento do sistema regional sobre direi à saúde mental vigente em 1999) trata a **doença mental** como **deficiência** (“portador de deficiência mental, portador de deficiência mental ou pessoa deficiente mental” e não como transtorno mental. O uso de tal expressão não compromete as recomendações para o campo da saúde mental presentes na Sentença do Caso Damião Ximenes Lopes.

existente entre os pacientes e o pessoal médico responsável por seu tratamento (informações e termos utilizados pelos peritos da Corte IDH).

A Corte considera que todo tratamento de saúde dirigido a “pessoas portadoras de deficiência mental” deve ter como finalidade principal o bem-estar do paciente e o respeito a sua dignidade como ser humano, que se traduz no dever de adotar como princípios orientadores do tratamento psiquiátrico o respeito à intimidade e à autonomia dessas pessoas. Assim, o Tribunal reconhece que este último princípio não é absoluto, já que a própria necessidade do paciente pode exigir algumas vezes a adoção de medidas sem seu consentimento (informações e termos utilizados pelos peritos da Corte IDH).

A “deficiência mental”, entretanto, não deve ser entendida como uma incapacidade permanente para a pessoa diagnosticada. Pois, deve ser aplicada sempre que possível a presunção de que as pessoas portadoras desse tipo de “deficiências” são capazes de expressar sua vontade, que deve ser respeitada pelo pessoal médico e pelas autoridades (informações e termos utilizados pelos peritos da Comissão e da Corte IDH).

Quando seja comprovada a impossibilidade do “doente” para consentir, cabem aos seus familiares, representantes legais ou à autoridade competente emitir seu consentimento quanto ao tratamento a ser empregado (informações e termos utilizados pelos peritos da Comissão e da Corte IDH).

4.6.5.2 Cuidados mínimos e condições de internação dignas

Os Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e para a Melhoria do Atendimento de Saúde Mental, das Nações Unidas, oferecem um guia útil para determinar se o atendimento médico observou os cuidados mínimos com vistas à preservação da dignidade do paciente. Os princípios 1, 8 e 9 estabelecem as liberdades fundamentais e os direitos básicos e as normas de atendimento médico e do tratamento a ser prestado às “pessoas portadoras de deficiência mental”. Ademais, o lugar e as condições físicas em que se desenvolve o tratamento devem estar de acordo com o respeito à dignidade da pessoa, nos termos do princípio 13 (informações e termos utilizados pelos peritos da Comissão e da Corte IDH).

A Corte IDH considerou que as precárias condições de funcionamento da Casa de Repouso Guararapes, tanto as condições gerais do lugar quanto o atendimento médico, se distanciavam de forma significativa das adequadas à prestação de um tratamento de saúde digno, particularmente em razão de que afetavam pessoas de grande vulnerabilidade por sua “deficiência mental”, e eram por si só incompatíveis com uma proteção adequada

da integridade pessoal e da vida (informações e termos utilizados pelos peritos da Comissão e da Corte IDH).

4.6.5.3 O uso da sujeição ou contenção física obrigatória

A Corte IDH chamou a contenção⁶¹ física obrigatória de sujeição. Tal sujeição abrange qualquer palavra ou ação que interfira na capacidade do paciente de tomar decisões ou que restrinja sua liberdade de movimento. A Corte IDH observou que o uso da sujeição apresenta um alto risco de ocasionar danos ao paciente ou sua morte, e que pelas denúncias recebidas as quedas e lesões são comuns durante esse procedimento.

O Tribunal da Corte IDH considerou que a sujeição é uma das medidas mais agressivas a que pode ser submetido um paciente em tratamento psiquiátrico. Para que esteja de acordo com o respeito à integridade psíquica, física e moral da pessoa, segundo os parâmetros exigidos pelo Artigo 5 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, deve ser empregada como medida de último recurso e unicamente com a finalidade de proteger o paciente, ou o pessoal médico e terceiros, quando o comportamento da pessoa em questão seja tal que esta represente uma ameaça à segurança daqueles. A sujeição não pode ter outro motivo senão este e somente deve ser executada por pessoal qualificado (prescrita por médicos) e não pelos pacientes.

Além do mais, considerando que todo tratamento deve ser escolhido com base no melhor interesse do paciente e em respeito a sua autonomia, o pessoal médico deve aplicar o método de sujeição que seja menos restritivo, depois de uma avaliação de sua necessidade, pelo período que seja absolutamente necessário, e em condições que respeitem a dignidade do paciente e que minimizem os riscos de deterioração de sua saúde.

4.6.5.4 Os deveres do Estado

A Corte IDH menciona que da obrigação geral de garantia dos direitos à vida e à integridade física nascem deveres especiais de proteção e prevenção, os quais, neste caso, se traduzem em deveres de cuidar, de regular e fiscalizar.

⁶¹A contenção é uma forma de sujeição. Para efeitos desta sentença a Corte utilizou no lugar do termo “contenção” a palavra “sujeição” física para designar os meios de coação física a que Damião Ximenes Lopes foi submetido. A contenção é um procedimento utilizado pela clínica psiquiátrica para dominar o paciente em crise. Nesse caso existem dois tipos de contenção: a mecânica que impede movimentos através força física e a química (conhecida como “sossega leão”) feita com administração de medicamentos que diminuem o estado de consciência da pessoa.

O brasileiro Damião Ximenes Lopes foi submetido a sujeição com as mãos amarradas para trás entre a noite do domingo (03/10/1999) e a manhã da segunda-feira (04/10/1999), sem prescrição em seu histórico clínico, sem uma reavaliação da necessidade de prolongar a contenção, e se permitiu que este caminhasse sem a adequada supervisão, o que ocasionou quedas. Esta forma de sujeição física a que foi submetida a vítima não atende à necessidade de proporcionar ao paciente um tratamento digno nem a proteção de sua integridade psíquica, física ou moral.

Com a finalidade de determinar as obrigações do Estado com relação às pessoas “portadoras de deficiência mental”, a Corte IDH julgou ser necessário levar em conta, em primeiro lugar, a posição especial de garante que assume o Estado a respeito da população que se encontra sob sua guarda ou cuidado, ou seja, a quem o Estado tem a obrigação positiva de proporcionar condições necessárias para que seus nacionais tenham uma vida digna.

Em segundo lugar, a Corte IDH considerou que os deveres especiais de proteção e prevenção devem ser aplicados de maneira particular às pessoas que se encontrem recebendo algum atendimento médico, uma vez que a finalidade última dessa prestação de serviços de saúde é a melhoria da condição da saúde física ou mental do paciente, o que aumenta significativamente as obrigações do Estado, bem como exige deste a adoção de medidas disponíveis e necessárias para que se possa impedir a deterioração da condição do paciente e otimizar sua saúde.

Os cuidados de que são titulares todas as pessoas que estejam recebendo assistência médica alcançam sua máxima exigência quando se referem a pacientes com “deficiência mental”, dada sua particular vulnerabilidade quando se encontram em instituições psiquiátricas (informações e termos utilizados pelos peritos da Comissão e da Corte IDH).

A Corte IDH afirmou também que é dever dos Estados regular e fiscalizarem as instituições que prestam serviço de saúde, como medida necessária à proteção da vida e da integridade das pessoas sob sua jurisdição, abrange tanto as entidades públicas e privadas que prestam serviços públicos de saúde, bem como aquelas instituições que prestam exclusivamente serviços privados de saúde. Especialmente com relação às instituições que prestam serviço público de saúde, como fazia a Casa de Repouso Guararapes, o Estado não somente deve regulá-las e fiscalizá-las, mas tem, ademais, o especial dever de cuidado com relação às pessoas ali internadas (informações e termos utilizados pelos peritos da Comissão e da Corte IDH).

Neste caso a Casa de Repouso Guararapes funcionava no âmbito do sistema público de saúde e o Estado estava obrigado a regulamentá-la e fiscalizá-la, não somente em virtude de suas obrigações decorrentes da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, mas também em razão do seu Ordenamento jurídico.

Segundo o disposto no artigo 197 da Constituição de 1988, são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Igualmente, o Artigo 200 da Constituição ressalta que cabe ao SUS controlar e fiscalizar procedimentos e executar as ações de vigilância sanitária. Por sua vez, o Artigo 6 da Lei nº 8.080, de 1990, dispõe que estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS a execução de ações tanto de vigilância sanitária, a qual se entende por um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços de interesse da saúde, bem como o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde (informações utilizadas pela Comissão e Corte IDH).

A Corte IDH observou que o Estado conhecia as condições de internação que a Casa de Repouso Guararapes oferecia na época dos fatos que ocasionaram a morte de Damião Ximenes Lopes. A violência contra os pacientes já era conhecida por todos, inclusive, antes da morte de Damião existiam vários precedentes de mortes violentas de pacientes internados no referido hospital. Além disso, em 15 de maio de 1996, o Grupo de Acompanhamento de Assistência Psiquiátrica do Ministério da Saúde (GAP) havia emitido um relatório sobre o resultado da inspeção realizada na Casa de Repouso Guararapes, em que se recomendava o fechamento de duas enfermarias do hospital, por falta de condições de funcionamento, infiltração e outras irregularidades.

A Corte IDH observou que somente em 21 de outubro de 1999 que os funcionários do Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde e Assistência Social realizaram uma nova inspeção na Casa de Repouso Guararapes por conta da morte de Damião e para averiguar se o hospital obedecia às especificações da normativa sanitária pertinente. No momento dessa segunda vistoria, o GAP encontrou as unidades que deveriam ter sido fechadas em 1996 sendo usada para internação. Ademais, até 4 de novembro de 1999, a Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria e o Médico Auditor do Sistema Municipal de Auditoria visitaram a Casa de Repouso Guararapes. Coincidentemente, os três órgãos concluíram que o hospital não cumpria as exigências das normas pertinentes e recomendaram que fossem sanadas de imediato as irregularidades.

Apesar de a competência contenciosa da Corte IDH ter sido reconhecida pelo Estado em 10 de dezembro de 1998 pelo Brasil, o Tribunal desta Corte considera que o lapso de 10 meses e 11 dias desta data até 21 de outubro de 1999, período em que medida alguma foi adotada para melhorar as precárias condições de atendimento de saúde na Casa de Repouso Guararapes, não é compatível com o dever do Estado de regulamentar o atendimento de saúde prestado às pessoas sob sua jurisdição, em razão de que já havia uma situação irregular desde 15 de maio de 1996.

Assim, a Corte IDH declarou que o Estado brasileiro tinha responsabilidade internacional por descumprir, neste caso, seu dever de cuidar e de prevenir a vulneração da vida e da integridade pessoal, bem como seu dever de regulamentar e fiscalizar o atendimento médico de saúde, os quais constituem deveres especiais decorrentes da obrigação de garantir os direitos consagrados nos artigos 4 e 5 (Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral) da Convenção Americana.

4.6.6 A saúde mental brasileira como marco Pós 4 de outubro de 1999

Já mostramos que os tempos da Casa de Repouso Guararapes não eram de promoção da Saúde Mental, porque havia a plena consolidação de um paradigma de administração da vida no interior instituição, fundado no estado de exceção. Verificamos a existência de um marco histórico com a morte de Damião Ximenes Lopes que levou o Brasil a ser condenado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, cuja Sentença tem impactado diretamente nos rumos e no que se chama de “avanços” da Reforma Psiquiátrica Brasileira, gerando o que denominamos nessa pesquisa de marco Pós 4 de outubro de 1999.

Neste caso, iremos destacar declarações de testemunhas do caso Damião Ximenes, que perante a Corte IDH revelaram o marco Pós 4 de outubro de 1999. Entre estas testemunhas encontramos José Jackson Coelho Sampaio, Domingos Sávio do Nascimento Alves, Luís Fernando Tófoli, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Pedro Gabriel Godinho Delgado, Braz Geraldo Peixoto, João Alfredo Teles Melo, Lídia Dias Costa, Milton Freire Pereira e Eric Rosenthal.

Para José Jackson Coelho Sampaio, médico psiquiatra:

Desde o ano 1962 até o ano 1991 a assistência psiquiátrica se dava mediante a internação em hospitais privados, método iniciado durante a ditadura militar. No estado do Ceará havia seis hospitais privados, todos associados à administração pública, inclusive a Casa de Repouso Guararapes, em Sobral. Houve um movimento de reforma psiquiátrica que resultou na criação dos

Centros de Atenção Psicossocial (doravante denominado “Centro de Atenção Psicossocial” ou “CAPS”) na cidade de Iguatu e a emissão da Lei “Mário Mamede”. Entre os anos 1991 e 1998, foram criados vários outros Centros de Atenção Psicossocial e entre os anos 1999 e 2000, esse modelo de atenção foi ampliado. Entre os anos 2001 e 2005 o estado do Ceará impulsionou o crescimento da rede de Centros de Atenção Psicossocial e incluiu a cidade de Sobral.

A Casa de Repouso Guararapes atendia uma região de quase um milhão de habitantes, mas esse hospital tinha apenas cento e dez leitos de internação. A assistência ambulatorial era precária.

A atenção de saúde mental mudou muito depois que a Casa de Repouso Guararapes foi fechada em julho de 2001. Essa data marca o processo de transição de um modelo de assistência focado na atenção médico-hospitalar e de manicômios, para uma abordagem descentralizada, regionalizada, com novos equipamentos e que propunha a reabilitação e reintegração social das pessoas com doenças mentais (SENTENÇA. PROCESSO INTERNCIONAL, CASO DAMIÃO XIMENES, 2006).

Na perspectiva de Domingos Sávio do Nascimento Alves, médico e ex-coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil,

o Instituto Franco Basaglia tem como objetivo principal desenvolver ações para a formulação de políticas públicas que promovam e protejam os direitos dos usuários do serviço de saúde mental.

No ano 1992 criou-se um projeto inovador chamado “SOS Direitos do Paciente Psiquiátrico”, que recebe denúncias de usuários do sistema de saúde mental, seus familiares, médicos, entre outros. No início do projeto eram mais freqüentes as denúncias sobre maus-tratos e tratamentos abusivos, mas atualmente as denúncias têm-se modificado e referem-se ao exercício da cidadania e às dificuldades de acesso à justiça das pessoas com doenças mentais. Essa mudança demonstra os avanços em relação com as queixas sobre os serviços e os profissionais.

A partir do ano 1990 o Ministério da Saúde emitiu diversas normas que regulam a prática dos hospitais psiquiátricos no marco do Sistema Único de Saúde; promoveu o novo registro nacional das unidades do Sistema e criou o grupo de assistência psiquiátrica hospitalar, que realiza visitas de monitoramento.

Entre os anos 1993 e 1994 foram fechadas nove mil leitos hospitalares e a taxa de mortes em hospitais psiquiátricos se reduziu em 12%. Os hospitais têm sido substituídos por uma rede de serviços comunitários, na qual se incluem os diversos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de assistência na rede básica de saúde. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares Psiquiátricos, interveio em diversas instituições e reestruturou a assistência psiquiátrica.

A política de saúde mental no Estado tem-se focado na humanização da atenção e na defesa dos direitos das pessoas com doenças mentais (SENTENÇA. PROCESSO INTERNCIONAL, CASO DAMIÃO XIMENES 2006).

Luís Fernando Tófoli, médico psiquiatra que trabalhava na Secretaria de Desenvolvimento Social de Saúde do Município de Sobral-Ce na época em que foram iniciadas as investigações internacionais sobre o caso Damião Ximenes. O referido médico destaca que:

a influência do caso Ximenes Lopes na reorganização da atenção da saúde mental no município de Sobral é um fato inegável. O dia 10 de julho de 2000, dia do descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes do Sistema Único de Saúde, é simbolicamente considerado pelos profissionais de saúde mental de Sobral como a data de início do funcionamento da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral. Essa rede está composta por um Centro de Atenção Psicossocial General, uma residência terapêutica, uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral e por ações de supervisão e educação sobre o programa de saúde familiar. Esse modelo de atenção recebeu diversos prêmios nacionais de experiência exitosa em saúde mental.

No ano de 1998, foi instalado o Centro de Atenção Psicossocial Geral, o qual funcionou de forma modesta até o fechamento da Casa de Repouso Guararapes, quando sua responsabilidade aumentou, assim como o número de atendimentos. Também criou-se uma unidade ambulatorial macro-regional de psiquiatria para dar atenção ambulatorial a pessoas que vivem em outros municípios e para evitar sua internação, e o primeiro serviço público residencial terapêutico no nordeste do Brasil, a “Residência Terapêutica Lar Renascer”.

Nem sempre é possível evitar a internação psiquiátrica. Para casos de maior risco, foi criada uma enfermaria e para outros casos, reservou-se leitos em uma enfermaria de clínica regular. Os resultados obtidos têm sido positivos, especialmente na redução no número total de dias internados de cada paciente e no custo médio das internações, sem aumentar o número de internações. Os familiares têm sido incentivados a acompanhar seus parentes internados, para manter o vínculo com eles durante a internação, a qual deve ser a mais breve possível.

A rede de Sobral é única e exemplar e oferece um serviço de alta qualidade técnica para os moradores de Sobral e suas adjacências. A morte do senhor Damião Ximenes Lopes levou à reformulação da política de saúde mental e uma resposta adequada diante das condições insustentáveis de funcionamento da Casa de Repouso Guararapes (SENTENÇA. PROCESSO INTERNACIONAL, CASO DAMIÃO XIMENES, 2006).

Luiz Odorico Monteiro de Andrade na época da morte de Damião Ximenes Lopes era Secretário do Desenvolvimento Social e Saúde do Município de Sobral-Ce. Na condição de secretário de saúde local declarou que

o hospital no qual morreu o senhor Damião Ximenes Lopes já havia sofrido várias admoestações e se estava criando um sistema de saúde mental com o objetivo de desativar o hospital. No entanto, devido ao fato de ser um hospital com caráter regional era difícil fechá-lo imediatamente em função de sua importância para a região. Assim que tomaram conhecimento da morte do Damião Ximenes Lopes, criou-se uma comissão de inquérito, a qual registrou uma série de problemas do hospital e em seguida foi realizada uma intervenção para ter controle dos pacientes internados. Essa comissão de inquérito fez um diagnóstico completo da situação de deficiência mental de cada paciente e começaram gradualmente a processar altas para os pacientes do Município de Sobral e sua vinculação ao Programa Saúde da Família, com apoio domiciliar e comunitário. Posteriormente o hospital foi fechado.

A partir do dia 1 de janeiro de 1997, começaram uma série de reestruturações administrativas no âmbito do Município para ajustar as políticas do Sistema Único de Saúde em várias áreas. No final de 1998, já havia um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que brinda atendimento ambulatorial e atenção diária a pacientes com deficiências mentais. Esse sistema evoluiu e hoje já existe o tratamento de intra-pacientes com deficiências mentais agudas na área de saúde mental em hospital geral. Existe também um CAPS para transtornos na área geral e um para pessoas com problemas na área de alcoolismo e drogadição. Recentemente inaugurou-se um CAPS com o nome do senhor Damião Ximenes Lopes para homenageá-lo.

Atualmente a qualidade no atendimento é muito melhor que no ano de 1999. A partir da descentralização houve um intenso processo em que se diminuiu o número de hospitais e manicômios e se humanizou a assistência psiquiátrica nas cidades brasileiras. O Município de Sobral é considerado uma das experiências exitosas nessa área, não só do ponto de vista local, mas também nacional e internacional. Esse município ganhou vários prêmios, entre eles o do glorioso sanitarista David Capistrano e outros prêmios de reconhecimento de inclusão social. O Estado tem sido uma referência na diminuição dos hospitais psiquiátricos e no avanço contra os manicômios nas Américas.

A partir dos CAPS, estabeleceu-se uma estrutura com uma equipe interdisciplinar de médicos, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, terapeutas. Os pacientes realizam trabalhos para inserir-se economicamente na sociedade, quando antes estavam totalmente destinados a viver em manicômios (SENTENÇA. PROCESSO INTERNACIONAL, 2006).

Pedro Gabriel Godinho Delgado era Coordenador Nacional do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde na época da prolação da Sentença do caso Damião Ximenes Lopes, o referido coordenador declarou junto à Corte IDH que:

desde a morte do senhor Damião Ximenes, houve no Estado uma redução de 19.000 leitos psiquiátricos em instituições semelhantes a Casa de Repouso Guararapes. Além disso, entre os anos de 1999 a 2005, foram criados de quinhentos a seiscentos serviços extra-hospitalares, capazes de atender a situações graves de saúde mental, sem a necessidade de hospitalizar o paciente. Foram também criados outros tipos de serviço, como as residências terapêuticas capazes de receber pacientes menos graves. Foi um período em que o país inteiro enfrentou um debate significativo sobre as condições de vida dos pacientes do sistema psiquiátrico.

Em 2001, aprovou-se a Lei nº 10.216, cuja base é a defesa dos direitos do paciente mental, a mudança do modelo de assistência em instituições como a Casa de Repouso Guararapes por uma rede de cuidados aberta e localizada na comunidade e o controle externo da internação psiquiátrica involuntária, nos termos propostos pela Declaração de Direitos do Paciente Mental da ONU de 1991.

Em 1999, cerca de 90% dos recursos financeiros que a saúde pública destinava ao campo da assistência psiquiátrica e saúde mental eram destinados ao Modelo Hospitalar Cêntrico e a rede externa recebia apenas 10% dos recursos. Hoje os recursos para a saúde mental no Brasil aumentaram globalmente e 63% dos recursos são ainda destinados a hospitais com equipamento caro, mas de 37 a 40% dos recursos já são destinados ao serviço extra-hospitalar. Portanto, hoje, no Brasil, vive-se um processo de transição para um modelo de atenção psiquiátrica baseada nos direitos do paciente, na atenção integral, no respeito aos seus direitos individuais e na participação dos familiares no tratamento (SENTENÇA. PROCESSO INTERNACIONAL, CASO DAMIÃO XIMENES, 2006).

Braz Geraldo Peixoto, familiar de usuário do sistema de saúde mental, eleito representante de familiares da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde e da Comissão Estadual da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo declarou para a Corte IDH que

os fatos do caso do senhor Damião Ximenes Lopes foram consequência do antigo e obsoleto tratamento psiquiátrico, que diminuiu de forma significativa em razão da nova política de saúde mental que começou a ser implementada a

partir dos anos 70. No entanto, foi a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação maciça de usuários, familiares e profissionais da área de saúde, realizada no ano de 1992, que uma reorientação no modelo assistencial foi implementada, no marco da reforma psiquiátrica no Estado. Nesse contexto, novos conceitos foram desenvolvidos, a partir de recursos humanos formados com uma visão dirigida à reorientação do modelo assistencial e capacitados para atuar na área com essa finalidade. Igualmente, os familiares e os usuários do sistema de saúde mental passaram a exercer um papel fundamental na determinação da política de saúde mental. Mediante a aprovação da Lei N.º. 10.216, de 2001, se lograram grandes avanços, embora essa lei não tenha alcançado todos os objetivos perseguidos pelos familiares e pelos usuários do sistema de saúde mental. Na Conferência Brasileira sobre Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), realizada em junho de 2004, com a participação de familiares, usuários e trabalhadores do sistema de saúde mental, se analisaram amplamente diversos aspectos da legislação sobre a matéria. É louvável o esforço realizado pelo Ministério de Saúde a respeito da reforma da atenção de saúde mental (SENTENÇA. PROCESSO INTERNACIONAL, 2006).

João Alfredo Teles Melo na época da morte de Damião Ximenes Lopes era deputado estadual e presidente da Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do estado do Ceará. Neste contexto, o deputado informou a Corte IDH que

a Comissão de Direitos Humanos e Cidadania funciona como um balcão onde a população pode apresentar demandas, queixas e reclamações e, em seguida, a Comissão faz o encaminhamento das mesmas aos órgãos responsáveis. Ela tem a função de acompanhar o seguimento das queixas, seja cobrando providências ou realizando audiências pública sem matéria de direitos humanos. No caso do senhor Damião Ximenes Lopes, convidou-se a sua irmã e sua mãe e outros pacientes que estiveram na Casa de Repouso Guararapes para prestarem depoimento, foram dirigidos ofícios e aprovadas moções que foram dirigidas a distintas autoridades solicitando a adoção de medidas, tanto no âmbito administrativo e disciplinar -para o Conselho de Medicina, para a Prefeitura de Sobral, através da Secretaria de Saúde, para a Secretaria de Saúde do Estado-, como também para autoridades policiais e judiciais.

Na visita que realizou à Casa de Repouso Guararapes, a mesma se encontrava em péssimas condições de higiene, os pacientes estavam em más condições, sem um responsável da área médica ou administrativa presente. O Estado não fiscalizou a adequadamente a Casa de Repouso Guararapes.

A demora de mais de cinco anos no processo que investiga a morte do senhor Damião Ximenes Lopes mostra que a justiça brasileira é lenta e parcial. A pressão do poder político e econômico influencia muito a justiça. Muitas vezes há cumplicidade entre esses poderes, eles são muito fortes e podem determinar ou não um julgamento. No caso do senhor Damião Ximenes Lopes, recebeu relatórios sobre as apurações realizadas pelo Conselho Regional de Medicina, entre outros. No entanto, nunca se respondeu sobre a investigação disciplinar do delegado de polícia que teria feito desaparecer provas, ou sobre o fato de que o inquérito foi instalado apenas no dia 7 ou 8 de novembro de 1999 quando o óbito se deu em 4 de outubro de 1999. O Ministério Público demorou três anos para aditar a denúncia. Houve uma demora injustificada. A testemunha considera um absurdo que um caso que teve tanta repercussão e que contém a quantidade de provas como no do senhor Damião Ximenes Lopes, possa demorar tanto, e suspeita de que possa estar encaminhando-se para a impunidade, com a prescrição do delito.

Depois da morte do senhor Damião Ximenes Lopes, houve avanços na atenção de saúde mental em Sobral, mas ainda esta longe de se alcançar a concepção ideal de reforma psiquiátrica (SENTENÇA. PROCESSO INTERNACIONAL, 2006).

Lídia Dias Costa, médica psiquiatra que foi perita no caso Damião Ximenes Lopes desde novembro de 1999 e esteve presente na exumação do corpo de Damião Ximenes Lopes quando o mesmo já se encontrava em um processo de decomposição e só existia a parte esquelética. A referida perita declarou à Corte IDH que

na exumação pôde perceber que o cérebro do cadáver tinha sido aberto como tradicionalmente se faz em toda necropsia, embora não constasse a descrição do cérebro na primeira necropsia realizada em 1999. Esse é um procedimento de rotina e não há motivos para não indicá-lo ou não descrever o que tinha sido examinado. Se poderia formular um diagnóstico com base na evolução clínica do paciente de morte violenta causada por traumatismo crânio-encefálico. O médico que atestou o óbito do senhor Damião Ximenes Lopes não atestou que havia lesões no corpo.

Existem padrões nacionais e internacionais sobre as formas apropriadas de tratamento de pessoas com deficiências mentais, que são os “princípios de tratamento de pessoas com problemas mentais e de melhoria da assistência à saúde”, publicada pela ONU em 1991. Esses princípios foram aceitos pelo Brasil na sua Resolução Federal nº 1.407.

A testemunha visitou a Casa de Repouso Guararapes em maio de 2000, período em que a instituição estava sob intervenção e encontrou lá trabalhando pessoas que já haviam sido indiciadas no processo penal. A Casa de Repouso Guararapes não tinha condições de funcionamento.

A contenção feita na Casa de Repouso Guararapes não pode ser considerada um procedimento médico, já que os pacientes eram convidados para fazer contenção em outros pacientes quando os mesmos se agitavam. A contenção era feita de uma forma violenta. Essa situação foi descrita pelos próprios profissionais da Casa de Repouso Guararapes, inclusive o médico Francisco Ivo de

Vasconcelos, que manifestou que muitas vezes, quando chegava ao hospital, os pacientes tinham

sido amarrados pelos profissionais auxiliares e ele mandava desamarrá-los. Essa é uma das situações que faziam parte da rotina daquele hospital, além de outros atos de violência. É possível fazer contenções sem que resultem hematomas, utilizando procedimentos técnicos para que isso não ocorra. Infelizmente, no sistema de saúde brasileiro muitas pessoas ainda sofrem procedimentos de contenção dessa forma, o que constitui um tratamento cruel e desumano.

As pessoas que têm problemas similares ao do senhor Damião Ximenes Lopes podem, atualmente, dependendo dos cuidados que recebam, ter acesso à convivência com outras pessoas, à moradia, à alimentação e podem viver por muito tempo. Não é a deficiência mental que dificulta sua convivência, mas as condições de vida da pessoa, como ocorre com todos os seres humanos de modo geral.

Pode-se concluir que o senhor Damião Ximenes Lopes teve uma morte violenta causada por agentes externos, pelas lesões traumáticas que tinha no corpo. Hoje, está a disposição dos médicos o Protocolo de Istambul que orienta sobre como caracterizar lesões que se encontram nos corpos de pessoas com mortes suspeitas. As lesões encontradas no corpo do senhor Damião Ximenes Lopes são lesões consideradas pelo Protocolo de Istambul como lesões típicas de traumas que são costumeiramente vistos em corpos de pessoas que foram torturadas. Segundo a avaliação dos legistas da cidade de Fortaleza, depois da insistência do promotor do caso, a morte do senhor Damião Ximenes Lopes foi causada por lesões traumáticas, que poderiam ser definidas, segunda a perita, como socos, pedradas ou pontapés. A necropsia realizada pelo Instituto Médico Legal indicava que o corpo apresentava equimoses, escoriações e hematomas, as

quais são lesões sugestivas de traumatismo no corpo, e que foram posteriormente, esclarecidas como causadas por objetos contundentes (SENTENÇA. PROCESSO INTERNACIONAL, CASO DAMIÃO XIMENES, 2006).

Milton Freire Pereira prestou declarações perante a Corte IDH na condição de alguém que

durante dez anos foi paciente de instituições psiquiátricas e atualmente é diretor do Instituto Franco Basaglia e membro do “Movimento Antimanicomial”. Tem ainda fortes lembranças dos quartos de hospitais em que esteve internado e dos eletro-choques que recebeu. Sua reabilitação ocorreu fora dos hospitais.

Causou-lhe grande tristeza a degradante e humilhante morte do senhor Damião Ximenes Lopes. Sua morte se circunscreve na cultura de mortificação existente com relação às pessoas que padecem de doenças mentais. Existe uma crença de que não se pode curar a doença mental, o que é consequência da segregação, clausura, violência e ausência de vínculos sociais a que são submetidas aquelas pessoas.

A atenção de saúde mental no Estado mudou muito com implementação dos serviços substitutivos do modelo do hospital psiquiátrico. No atual modelo existe participação multidisciplinar de profissionais como psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Entretanto, a hegemonia do modelo manicomial centrado nos hospitais ainda permanece. Esse modelo continua matando, escravizando e evitando para sempre, às pessoas que necessitam de atenção de saúde mental, a participação no seu próprio tratamento, sem possibilidade de reabilitar-se (SENTENÇA. PROCESSO INTERNACIONAL, CASO DAMIÃO XIMENES, 2006).

Por último, a perspectiva paradigmática de Eric Rosenthal, perito em matéria internacional de direitos humanos das pessoas com deficiências mentais. Ele declarou junto à Corte IDH, que

as pessoas com deficiência mental estão sujeitas a discriminação e fortes estigmas, constituindo um grupo vulnerável a violações de direitos humanos a nível global. Quatro relatores das Nações Unidas constataram que as pessoas com deficiências mentais sofrem as mais perversas formas de discriminação, assim como difíceis condições de vida, se comparados a qualquer outro grupo vulnerável da sociedade. As práticas violatórias dos direitos de pessoas com deficiências mentais seguem padrões similares em todo o mundo. Essas pessoas são arbitrariamente e desnecessariamente segregadas da sociedade em instituições psiquiátricas, onde se encontram sujeitas a tratamento desumano e degradante ou a tortura.

Está demonstrado que a vasta maioria das pessoas portadoras de deficiência mental podem receber tratamento de maneira segura e digna na sua comunidade e decidir de forma responsável sobre seu próprio tratamento. Frequentemente, leis paternalistas com o propósito declarado de proteger pessoas portadoras de deficiência mental podem causar-lhes danos, se negarem as pessoas a capacidade de fazer escolhas importantes sobre suas vidas. A falta de uma linguagem concernente especificamente às pessoas portadoras de deficiência mental nos instrumentos internacionais de direitos humanos dificulta a aplicação dessas normas a tais pessoas.

Como resultado de sua marginalização, as pessoas com deficiências mentais não contam com os recursos nem com o reconhecimento necessários, para formar organizações que defendam seus direitos nacional e internacionalmente.

A contenção (A contenção é uma forma de sujeição, entendida esta como “qualquer palavra ou ação que interfira na capacidade de um paciente de tomar decisões ou que restrinja sua liberdade de movimento”. Para efeitos desta sentença a Corte utilizará o termo “contenção” para designar a sujeição física a que o senhor Damião Ximenes Lopes foi submetido) física em tratamentos psiquiátricos, quando utilizada de maneira adequada, tem o objetivo de prevenir danos que o paciente possa ocasionar a si mesmo ou a terceiros. Causar danos ao paciente sob a desculpa de controlar suas emoções constitui um sinal inequívoco da falta de adequada capacitação do pessoal da instituição para o emprego de métodos corretos para a contenção.

No caso do senhor Ximenes Lopes, não há evidências de que ele representasse perigo iminente para ele mesmo ou para terceiros. Tampouco há evidência de que quaisquer tentativas menos restritivas para controlar um possível episódio de violência seu. Assim sendo, o uso de qualquer forma de contenção física neste caso foi ilegal. Uma vez contido, com as mãos amarradas por trás das costas, competia ao Estado o supremo dever de proteger o senhor Damião Ximenes Lopes, devido a sua condição de extrema vulnerabilidade. O uso de força física e o espancamento constituíram uma violação de seu direito a uma acedência humana. Há outras alternativas que podem ser utilizadas antes de fazer uso da força ou decidir o isolamento de um paciente. Os programas de saúde mental deveriam se empenhar em manter um ambiente e uma cultura de cuidado que minimize a utilização de tais métodos. O uso injustificado e excessivo da força neste caso viola o artigo 5.2 da Convenção Americana e constitui prática desumana e tratamento degradante.

Quando o isolamento ou a contenção são usados como punição, coerção ou por objetivos impróprios, a violação dos direitos humanos é ainda mais grave. Nos casos em que o uso da contenção tenha provocado dor ou sofrimento físico ou mental extremos, sua utilização imprópria para objetivos impróprios, poderá constituir tortura. Jamais é necessário espancar um paciente psiquiátrico ou a ele causar qualquer tipo de dano ou sofrimento. O fato de que o senhor Damião Ximenes Lopes estivesse desarmado e sob a custódia do Estado demonstra que uma ação dessa natureza não seria desproporcional à eventual ameaça que ele possa ter representado. Dada a grande vulnerabilidade de uma pessoa em crise psiquiátrica, cabe às autoridades do Estado em grau maior de responsabilidade na proteção a esses indivíduos. O espancamento do senhor Damião Ximenes Lopes e sua posterior morte- poderiam ter sido evitados se o Estado tivesse cumprido suas obrigações de proporcionar-lhe uma instituição com funcionários capacitados para assisti-lo em sua deficiência mental (SENTENÇA. PROCESSO INTERNACIONAL, 2006).

Após a leitura atenta de todas as declarações supracitadas que contam com especialistas e peritos em saúde mental, pessoas comuns do povo que passaram por internações psiquiátricas, representantes políticos e militantes da Reforma Psiquiátrica acreditamos que o marco Pós 4 de outubro de 1999 possa ser vislumbrado como uma promessa de sucesso para saúde mental brasileira que se atualiza a cada declaração pela ampliação dos impactos da morte de Damião Ximenes Lopes, pelo aumento da correlação entre esta morte e os “avanços” no campo da saúde mental que configuram predições de verdadeiro marco histórico.

Quando alguns declarantes elucidam que o caso Damião Ximenes provocou uma verdadeira revolução no sistema de saúde mental do Brasil. A cidade de Sobral-Ce manteve durante 26 anos o modelo manicomial da Casa de Repouso Guararapes como o principal meio de assistência à saúde mental para a população, mas com a morte desumana

de Damião Ximenes Lopes este modelo foi radicalmente removido em nove meses, sendo inaugurados novos mecanismos extra-hospitalares para cuidar dos pacientes prevalentes de instituições psiquiátricas e pacientes incidentes, sob uma nova perspectiva de tratamento que foi seguida em âmbito nacional. Em um curto espaço de tempo a cidade que levou o Brasil ser condenado internacionalmente por violação aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais passou a ganhar prêmios em saúde mental. Uma proposta legislativa de Reforma Psiquiátrica que tramitava a mais de 10 anos no Congresso Nacional rapidamente foi aprovada. A política de desintitucionalização e a implementação da Reforma Psiquiátrica começa a progredir e ser levada mais a sério pelo Ministério da Saúde. São estes fatos entre outros que emergem durante o processo jurídico de investigações internacionais sobre a morte de Damião Ximenes, trazendo uma instabilidade que possibilitou o surgimento novos sentidos e práticas no campo da saúde mental brasileira. Tal episódio culmina no marco Pós 4 de outubro de 1999 que propôs pela primeira vez no Brasil o cumprimento dos Direitos Humanos, sobretudo no campo da saúde mental.

4.6.7 Cumprimento e supervisão da saúde mental brasileira em nossos tempos

Segundo notícias publicadas no site⁶² da organização denominada Justiça Global, um ano depois da publicação da sentença, o governo brasileiro depositou a indenização para os familiares da vítima, reconhecendo sua responsabilidade na morte de Damião Ximenes Lopes. Tal fato foi cumprido através do Decreto nº 6.185, de 13 de agosto de 2007. Mas a sentença não se esgotou com pagamento da indenização aos familiares de Damião Ximenes Lopes. O Brasil precisa cumprir (uma vez que até a presente data ainda está devendo isso) com as demais medidas da condenação, que inclui a agilização dos processos penal e cível que apuram as responsabilidades na morte de Damião Ximenes e a melhoria da assistência à saúde mental pelo lado da formação de seus profissionais em saúde mental. Esta última medida requer uma maior implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para que a população brasileira tenha respeitado os direitos humanos, em particular, o direito humano à saúde mental.

Em dezembro de 2006 foi criado o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, através da Portaria Interministerial nº 3.347 para implementar fiscalização nos hospitais psiquiátricos. Nesta mesma perspectiva, em 18 de julho de 2007, o Presidente da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara (CDHM), deputado Luiz Couto

⁶²www.direitos.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=3708&Itemid=2

(PT-PB), adiantou publicamente que integrantes dessa Comissão fariam, no próximo semestre, visitas a instituições que lidam com pessoas que possuem transtornos mentais, a fim de avaliarem e implementarem a criação de medidas que pudessem favorecer o cumprimento da Sentença da Corte IDH do caso *Damião Ximenes Lopes*.

4.6.7.1 Primeira supervisão Corte IDH: 2 de maio de 2008

No que diz respeito à obrigação de continuar desenvolvendo programas de formação e capacitação para todas as pessoas vinculadas ao campo da saúde mental, em particular, sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas que padecem com transtorno mental conforme os estatutos internacionais em matéria, estabelecida no ponto resolutivo 8 da Sentença, o Estado brasileiro informou à Corte IDH que realizou mudanças significativas em seu modelo de atenção a saúde mental nos últimos seis anos.

Nesta perspectiva, o Brasil destacou, entre outras medidas, “um importante avanço no processo de desinstitucionalização” de pessoas internadas por longo tempo em “hospitais psiquiátricos que se encontravam em péssimas condições”, afirmando que esta nova política de saúde mental vem tendo reconhecimento internacional. Especificamente sobre as ações de capacitação o Estado informou que:

- a) como parte desta nova política, desde 2002 tinha desenvolvido o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que apoia e financia a implementação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública de saúde, mediante convênios com instituições educativas (especialmente Universidades Federais), Municípios e Estados. Atualmente existem 21 centros regionais em funcionamento realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores de atenção básica e dos Centros de Atenção Psicossocial (conhecidos como “CAPS”). Aproximadamente 1.500 profissionais participam anualmente de cursos de larga duração (de mais de 360 horas) e uns 6.000 trabalhadores de distintos níveis de escolaridade participam de cursos de curta duração (com mais de 40 horas). Entre os anos de 2002 e 2006, o Ministério de Saúde apoiou a realização de 29 cursos de especialização (com mais de 360 horas) e 74 cursos de capacitação (com mais de 40 horas) em saúde mental, e sobre álcool e outras drogas;
- b) apoiados pelo Ministério da Saúde e de conformidade com as diretrizes da política de saúde mental foi desenvolvido cursos de especialização em saúde mental nos estados da Bahia, Paraná, Paraíba e no Distrito Federal; existem Residências Multiprofissionais em Saúde Mental em universidades dos estados da Bahia e Rio Grande do Sul, e no estado de São Paulo funciona uma Residência em Psiquiatria. Assinalamos que existem diversos cursos de capacitação em saúde mental especialmente dirigidos a equipes de atenção básica do Rio Grande do Sul e do Distrito Federal. O Ministério da Saúde tem apoiado de maneira constante os cursos de capacitação e formação dos profissionais de diversas áreas como parte do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica e a cada semestre entra em funcionamento novos cursos; e
- c) em 2005 foi criado o Programa de Qualificação dos CAPS, o que constitui um mecanismo de estímulo financeiro para a supervisão clínico-institucional, sendo considerado uma ferramenta valiosa para o aperfeiçoamento da gestão de apoio as equipes desses serviços de saúde mental. Desde 2006 até agosto de

2007 cerca de 80 serviços foram distribuídos em 15 Estados da federação que receberam fundos para o desenvolvimento desse Programa de Qualificação e entre os anos de 2007 e 2008 mais de 150 serviços foram beneficiados com esta iniciativa. Finalmente, o Estado menciona que está em processo de implementação de um mecanismo de formação contínua de supervisores dos CAPS e das redes de atenção psicossocial, através da chamada Escola de Supervisores, que começou como experiência piloto no estado da Bahia e que no curso do ano de 2008 ampliará outros estados do Brasil (RESOLUÇÃO DE SUPERVISÃO DE SENTENÇA DA CORTE IDH, 2008).

Diante do exposto, os representantes da Corte IDH afirmaram reconhecer os avanços logrados pelo Brasil no campo da saúde mental. Além das medidas destacadas acima o Estado informou a aprovação da Lei nº 10.216 de 2001, que também é conhecida como “Lei de Reforma Psiquiátrica”. Para os representantes da Corte IDH a referida reforma ainda necessita ser implementada com maior rapidez, por conta das graves violações dos direitos humanos que continuam ocorrendo no serviço público de atenção à saúde mental brasileira. Com relação a formação do pessoal dedicado a atenção da saúde mental, os representantes observaram que “não existem iniciativas para projetos intersetoriais entre a saúde mental e outros ministérios para ampliar de forma incisiva a formação profissional permanente [...] no campo da Reforma Psiquiátrica”, e que a ênfase na capacitação de trabalhadores em saúde mental se concentrava apenas em 15 Estados, o que ainda demonstrava haver uma carência dessa iniciativa no resto do país. Por outro lado, os representantes assinalaram que os cursos de capacitação referidos pelo Estado estão dirigidos ao pessoal que trabalha nos serviços substitutivos da atenção hospitalar. Nesse caso, os trabalhadores em hospitais psiquiátricos, onde ocorrem as maiores violações de direitos humanos não contavam com um processo permanente de formação e fiscalização de suas atividades.

Por último, os representantes da referida Corte solicitaram que no próximo Relatório o Estado apresente informação mais detalhada sobre os cursos de especialização (com mais de 360 horas) e dos cursos de capacitação (com mais de 40 horas) que recebem o apoio do Ministério da Saúde e das Universidades Federais que firmaram convênios para formação em saúde mental.

Nesta mesma perspectiva, os membros da Comissão IDH também reconheceram no Relatório os esforços realizados pelo Estado brasileiro em relação a adoção de políticas públicas e programas para assegurar o respeito dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Contudo, essa mesma Comissão observou que o Estado apresentou informações sobre um Programa de Reforma Psiquiátrica que é bem anterior a prolação da Sentença do Caso Damião Ximenes Lopes. Nesse sentido, é preciso que seja constituído novos mecanismos (programas) que facilitem cumprimento da

Sentença da Corte IDH, razão pela qual também observou ser necessária à análise do cumprimento das reparações à população brasileira, levando em consideração o respeito aos objetivos claros e determinativo, para que as novas medidas possam ter capacidade de ação em resposta as necessidades específicas e gerais do que foi determinado pela Sentença da Corte IDH. Por fim, a Comissão IDH considerou pertinente que o Estado informe acerca das medidas adotadas com o objetivo específico de dar cumprimento às medidas de reparação à população brasileira determinadas pelo Tribunal da Corte IDH.

Com base nas considerações expostas, a Corte IDH reiterou que valorava as diversas iniciativas de formação que o Estado tem levado adiante com relação a atenção a saúde mental. No entanto, esta Corte também observou a falta formação específica para os trabalhadores em saúde mental, que estejam exercendo suas atividades em hospitais psiquiátricos. Por conta desta questão e de outras já suscitadas anteriormente, a Corte IDH declarou que iria continuar observando a cumprimento da obrigação do Estado no que diz respeito ao desenvolvimento de um programa de formação e capacitação adequado as finalidades da reparação dos direitos declarados como violados na Sentença do caso Damião Ximenes. Assim, a Corte IDH terminou recordando que a vítima desse caso faleceu na Casa de Repouso Guararapes, que era uma instituição hospitalar do sistema público de saúde. Dessa forma, destacou que era imprescindível a reparação referente a capacitação do pessoal vinculado a atenção a saúde mental, principalmente dos profissionais das instituições que tenham a mesma natureza da Casa de Repouso Guararapes, ou seja, em hospitais psiquiátricos.

Deste modo, a Corte IDH determinou que o Estado em seu próximo Relatório informe sobre as observações destacadas acima, bem como informe as iniciativas a respeito do cumprimento dos princípios que devem reger o tratamento dispensado as pessoas com deficiência mental, conforme os estatutos médicos internacionais mencionados na Sentença do caso Damião Ximenes e que seja demonstrado o alcance destas iniciativas para o pessoal beneficiado.

4.6.7.2 Segunda supervisão da Corte IDH: 21 de setembro de 2009

Nessa caminhada de cumprimento da obrigação de continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação das pessoas vinculadas ao atendimento na área de saúde mental, com ênfase nos princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental conforme os padrões internacionais sobre a matéria, o Estado

brasileiro informou à Corte IDH sobre os avanços na transição do modelo assistencial em saúde mental. Especificamente sobre a capacitação, o Brasil informou a criação do:

i) Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, criado para melhorar a formação dos profissionais da área de saúde mental, recebeu novos componentes em 2007 e 2008, e segue em andamento. Os cursos de especialização e atualização em saúde mental apoiados pelo Ministério da Saúde continuam capacitando profissionais nos 23 (vinte e três) Núcleos Regionais de Formação em Saúde Mental para a Rede Pública, os quais “são abertos à participação dos profissionais da rede pública de saúde mental, incluindo-se também profissionais de hospitais psiquiátricos”. Da mesma forma, consolidaram-se os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental nos Estados da Bahia, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, os quais possuem um grande número de pacientes atendidos em hospitais psiquiátricos, e criou-se em Sobral, no Ceará, a primeira residência em psiquiatria mantida diretamente por uma rede municipal de saúde mental. Tais ações são fundamentais para a descentralização dos programas de formação da Reforma Psiquiátrica e para o aumento do acesso dos profissionais de saúde mental à qualificação;

ii) Programa Pró-Saúde através de um convênio entre os Ministérios da Saúde e da Educação para revisar os currículos das instituições de ensino superior com o propósito de adequá-los aos interesses da saúde pública; inaugurou a Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro e a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnaSUS), as quais objetivam formar novos quadros técnicos, assim como educar e especializar a força de trabalho vinculada ao atendimento em saúde mental; e **iii)** o Ministério da Saúde instaurou o “Programa Emergencial de Ampliação do Acesso para a Atenção de Problemas relacionados ao Alcool e outras Drogas”, no qual se incluem cursos de especialização e atualização em saúde mental, com ênfase em problemas relacionados ao abuso das referidas substâncias. Outrossim, no ano de 2009 se expandiram os cursos de capacitação em saúde mental para os profissionais do “Programa Saúde da Família” e para profissionais de apoio que atuam nas regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil. Esses cursos têm duração de 180 horas e capacitarão mais de 200 profissionais no ano de 2009.

iii) o Ministério da Saúde instaurou o “Programa Emergencial de Ampliação do Acesso para a Atenção de Problemas relacionados ao Alcool e outras Drogas”, no qual se incluem cursos de especialização e atualização em saúde mental, com ênfase em problemas relacionados ao abuso das referidas substâncias. Outrossim, no ano de 2009 se expandiram os cursos de capacitação em saúde mental para os profissionais do “Programa Saúde da Família” e para profissionais de apoio que atuam nas regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil. Esses cursos têm duração de 180 horas e capacitarão mais de 200 profissionais no ano de 2009 (RESOLUÇÃO DE SUPERVISÃO DE SENTENÇA DA CORTE IDH, 2009).

Com base no exposto, o Estado brasileiro solicitou à Corte IDH que esta declarasse formalmente cumprida a sua obrigação de continuar desenvolvendo programas de formação e capacitação dos profissionais vinculados ao atendimento em saúde mental.

Em resposta à referida solicitação, os membros de supervisão de sentenças prolatadas pela Corte IDH declararam reconhecer os avanços supracitados nas políticas públicas sobre saúde mental. Entretanto, afirmaram que a Reforma Psiquiátrica no Brasil ainda deve realizar-se com maior celeridade; com um investimento permanente e eficaz na formação dos trabalhadores da área de saúde mental; e com o controle social através do monitoramento e do efetivo descredenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) das

instituições psiquiátricas que continuam violando de forma sistemática os direitos humanos. Aludiram que havia novos casos de tortura e falecimento nos hospitais da rede pública brasileira de atendimento à saúde mental causados por negligência ou atos de violência cometidos por profissionais desses estabelecimentos. Relativamente às medidas de capacitação, afirmaram que a formação multidisciplinar dos profissionais encarregados do atendimento psiquiátrico emergencial nos hospitais gerais ainda não era satisfatória.

Os membros dessa supervisão ressaltaram que ainda identificava a falta investimentos públicos na formação e capacitação do corpo técnico e dos profissionais de saúde mental. Que os Centros de Atenção Psicossocial brasileiros não estavam passando por uma avaliação sistemática. Que alguns hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS ainda ofereciam um serviço de “péssima qualidade” e “são as principais instituições violadoras dos direitos humanos” das pessoas com transtornos mentais. Os recursos e investimentos públicos na área de capacitação não bastavam para cobrir as necessidades das diversas unidades da federação de forma regular, o que promovia desequilíbrios regionais e baixa interiorização da política pública de saúde mental. Foi observado também que, apesar dos aspectos requerido pela Corte IDH, o Estado não especificou em seu Relatório os resultados e o conteúdo dos programas de capacitação promovidos pelas Universidades (grade curricular dos cursos da área da saúde e ementas das disciplinas sobre saúde mental) e pelos convênios do Ministério da Saúde.

Assim, a Corte IDH tomou nota das diversas iniciativas de caráter geral relacionadas ao atendimento em saúde mental levadas a termo pelo Estado. No processo de avaliação dessas iniciativas e de outras atividades apontadas como medida de reparação a população brasileira foi solicitado pela referida Corte que o Estado, em seu próximo Relatório, se refira única e concretamente a: i) as atividades de capacitação desenvolvidas posteriormente à Sentença do Caso Damião Ximenes Lopes, cujo conteúdo verse sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos na Sentença; ii) a duração, a periodicidade e o número de participantes de tais atividades, e iii) se as mesmas são obrigatórias para quem trabalha no campo da saúde mental.

Por todo exposto, a Corte IDH decidiu continuar supervisionando o cumprimento da Sentença no que se refere ao aperfeiçoamento da saúde mental brasileira.

4.6.7.3 Terceira supervisão da Corte IDH: 17 de maio de 2010

O Estado reiterou a informação apresentada em escritos anteriores e elaborou um relato cronológico sobre as ações que tem desenvolvido desde o ano de 2002 para a capacitação dos profissionais do campo da saúde mental. Nesse sentido, entre outras medidas, referiu-se novamente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), à Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde e ao Plano Emergencial para Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas. Agregou que através de normas e recursos financeiros, o Ministério da Saúde busca incentivar as ações que considera prioritária e trabalha para ampliar as ofertas de capacitação em saúde mental no marco da política de educação permanente desse Ministério. Em consequência, o Estado realizou um levantamento das universidades que oferecem cursos na área de saúde mental e que poderiam oferecer cursos a distância; definiu o conteúdo necessário para a formação de profissionais que trabalham na área de saúde pública; forneceu apoio técnico e incentivo à priorização, por parte dos gestores dos Estados federados e Municípios, da capacitação em saúde mental nos seus respectivos planos de educação permanente; e procedeu a uma análise sobre a oferta e a necessidade de expansão de residências médicas, selecionando a psiquiatria como área prioritária.

Igualmente, manifestou que em 2009 desenvolveu o Programa Pro Residência e lançou uma convocatória de apoio aos programas de residência médica, com ênfase nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste do país, definiu e entregou aos Estados federados os recursos financeiros para a PNEPS, que regulamentou e apoiou outros cursos de Residência Multiprofissional na área de Saúde (RMS), e criou o Programa Nacional de Bolsas para as RMS, entre outras ações.

Sobre “a duração, a periodicidade e o número de participantes de tais atividades”, o Estado assinalou que, de forma geral, “os cursos e atividades de formação são anuais e têm duração mínima de acordo com sua modalidade”. Os cursos de especialização têm uma carga horária de 360 horas, os cursos de aperfeiçoamento têm 120 horas, e os de atualização duram 40 horas. Além disso, informou que “foram realizados 20 cursos de especialização em saúde mental beneficiando 838 profissionais, o que correspondia a um investimento de R\$ 15.320.379,47 (quinze milhões, trezentos e vinte mil, trezentos e setenta e nove reais e quarenta e sete centavos)”. Igualmente, asseverou que, entre 2002 e 2008, o Programa Permanente de Formação para a Reforma Psiquiátrica capacitou 9.112 profissionais dos diversos Estados brasileiros. Quanto à obrigatoriedade da capacitação, ressaltou que um dos princípios vetores do Sistema Único de Saúde (SUS) é a descentralização, com base na qual os Estados e Municípios têm autonomia para definir, de

acordo com suas necessidades e especificidades, as ações relativas à saúde, incluindo a realização de cursos de capacitação dos profissionais da rede de atenção psicossocial.

Fundado nesse relato cronológico, o Estado novamente solicitou à Corte IDH que declarasse formalmente cumprida a obrigação da Sentença do caso Damião Ximenes Lopes de continuar desenvolvendo programas de formação e capacitação dos profissionais vinculados à atenção da saúde mental.

Em resposta, os membros da supervisão de sentença da Corte IDH, mais uma vez, valoraram as políticas de capacitação em saúde mental, integradas às ações do Programa de Reforma Psiquiátrica. Contudo, afirmaram que essas ações ainda não eram suficientes para declaração de cumprimento desse ponto da Sentença. Tais ações ainda não impediram de forma definitiva a repetição das violações de direitos humanos em instituições de atendimento às pessoas com transtornos mentais, particularmente nas instituições privadas vinculadas ao SUS. De outra feita, manifestaram que o Estado: i) reiterou informação anterior à Sentença, o que não é objeto da obrigação estabelecida no parágrafo resolutivo oitavo da Sentença; e ii) ainda apresentou limitações nas informações fornecidas sobre os cursos de capacitação que versem sobre o objeto desse parágrafo resolutivo da Sentença. A esse respeito, a Corte solicitou que era relevante conhecer a profissão, o lugar de trabalho e a função exercida pelas pessoas que têm recebido tais capacitações. Igualmente, alegaram que grande parte da capacitação mencionada pelo Estado ainda se refere aos trabalhadores que atuam na rede extra-hospitalar, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços disponíveis no País. Inobstante, manifestaram que, conforme dados do Ministério da Saúde, ainda existiam 35.426 leitos em hospitais psiquiátricos vinculados ao SUS.

Por outro lado, a Comissão IDH observou que, apesar do “seu reconhecimento sobre a política estatal, as políticas públicas e programas necessários para assegurar o respeito dos direitos humanos das pessoas com ‘deficiência mental’”, ainda não se contava com a informação requerida ao Estado no ponto 20 da Resolução da Corte IDH de 21 de setembro de 2009. Especificamente, a Comissão IDH reiterou que “considera necessário contar com elementos de informação suficientes sobre os programas de formação e capacitação para o pessoal médico, psiquiátrico, de psicólogos, de enfermagem, auxiliares de enfermagem e para todas aquelas pessoas vinculadas à atenção da saúde mental, o avanço em sua implementação e sua relação com as reparações ordenadas na Sentença”.

A Corte IDH tomou nota das diversas iniciativas de caráter geral relacionadas à atenção da saúde mental implementadas pelo Estado, bem como reconheceu que

informações foram mais especificadas em seu último Relatório, mas ainda necessitam de mais esclarecimentos. Que o Estado não tem enviado a informação solicitada, que permita o Tribunal da Corte IDH avaliar de que forma “os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos na Sentença”, se têm sido incluídos no programa dos cursos e outras atividades de capacitação em saúde mental implementados. Outrossim, apesar de ter mencionado de modo geral a realização de diversos cursos de especialização em saúde mental, que teriam beneficiado mais de 800 profissionais, mas o Brasil não especificou o conteúdo nem o período no qual tais cursos foram empreendidos; não precisou a quantidade de cursos de aperfeiçoamento e de atualização realizados como posteriores a Sentença, nem o conteúdo e o número de profissionais beneficiados com os mesmos; e tampouco especificou quantos destes trabalham em instituições psiquiátricas com características similares às da Casa de Repouso Guararapes.

Deste modo, com vistas a avaliar a adequação destas e outras atividades à medida de reparação ordenada na Sentença, a Corte reiterou que se faz necessário que o Estado em seu próximo Relatório se refira única e concretamente a: i) as atividades de capacitação, em suas diversas modalidades, desenvolvidas com posterioridade da Sentença, dirigidas ao pessoal vinculado à atenção de saúde mental em instituições da mesma natureza da Casa de Repouso Guararapes (Considerando ponto 18), e cujo conteúdo verse sobre “os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos na Sentença” 8; e ii) o número de participantes de tais atividades.

Ao final dessa avaliação, a Corte IDH decidiu manter aberto o procedimento de supervisão de cumprimento dos parágrafos que estabelecem o dever do Estado brasileiro de: continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas aquelas pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos na Sentença (parágrafo resolutivo oitavo da Sentença do Caso Damião Ximenes Lopes).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos nesse trabalho, na origem da proteção dos direitos humanos em resposta às atrocidades cometidas ao longo da Segunda Guerra Mundial encontramos também a proteção a saúde, em particular, a saúde mental. Para tanto foi criado um conjunto de diversos organismos e instrumentos de proteção dos direitos (Sistemas Europeu, Interamericano e Africano) para todos os seres humanos. Dentro do continente americano foi criado o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, vinculado à Organização dos Estados Americanos (OEA). Este Sistema é composto por dois órgãos: a Comissão IDH e Corte IDH. Verificamos que o Brasil é parte dessa Organização devendo proteger os direitos humanos de seus nacionais sem nenhuma possibilidade de suspensão dos mesmos.

Acabamos por reconhecer que o direito à saúde como direito humano surgiu no Brasil somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (que inspirou a criação de legislações infraconstitucionais sobre saúde, em particular, a respeito da saúde mental), a ratificação de tratados internacionais de direitos humanos e as decisões interamericanas. Complementarmente, também, encontramos uma série de legislação infraconstitucional de proteção à saúde, configurando uma vasta tutela jurisdicional.

Com relação a Reforma Psiquiátrica podemos destacar que ela surgiu na década de 1970, no exterior como movimento que tentava dar ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar, a fim de evitar a internação como único destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário. No Brasil, a referida expressão surgiu associada ao movimento de democratização e cidadania que se consolidou na segunda metade da década de 1980. Mas alguns autores em pesquisas recentes apontam que desde a década de 60 insurreições contra o modelo asilar/manicomial já vinham acontecendo de forma isolada, em algumas cidades brasileiras. Na nossa análise, apontamos que entre as décadas de 1970 e 1990 começou a surgir no Brasil um projeto reformista mais organizado do ponto de vista formal, encabeçado pelo Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP), que possuía características socialistas e democráticas. Este movimento precedeu o movimento da Reforma Sanitária, mas ele só conseguiu ser operacionalizado depois dos avanços desta.

Consideramos que a Reforma Psiquiátrica brasileira desenvolveu-se de forma tardia no Brasil por conta das resistências do período militar (GOULART, 2008a). Com a persistência das investidas dos movimentos sociais pela Reforma Psiquiátrica foi possível levantar importantes questões sobre a assistência a saúde mental. Percebemos que o modelo manicomial foi o mais predominante na história da saúde mental brasileira. Que

somente em 1987 quando foi realizado o II Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru-SP, tivemos uma maior ênfase à execução do lema: “Por uma Sociedade Sem Manicômios!”. Nasceu nesse evento a ideia de criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial que foi oficialmente formalizado e reconhecido, em 1993. A passos lentos chegamos ao processo de transição de um movimento pela Reforma Psiquiátrica baseado na assistência sanitária para um movimento mais preocupado com a mudança do aparato cultural fundada numa dimensão psicossocial. Tal mudança também está relacionada a influência prático-teórica da Psiquiatria Democrática italiana, que em tese, busca a humanização das relações de cuidado no Brasil.

A história da Saúde como direito humano é recente, pois começou a ser estruturada com o processo de democratização a partir dos anos 70 e redemocratização a partir dos anos 80. Estes foram anos de transformações, cujo Movimento da Reforma Sanitária surgiu como instrumento de luta pela democratização da saúde. Em seguida, veio a formulação e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no início da década de 90, onde o Ministério da Saúde passou apoiar mais as questões relacionadas à saúde mental. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais-Dia e Residências Terapêuticas, foram investidas significativas para caminhar rumo rompimento de práticas desumanas e degradantes de natureza asilar. Todavia, não basta apenas criar estes dispositivos extrahospitalares, mas garantir que elas se orientem permanentemente por princípios do direito humano à saúde mental. As ações dos movimentos sociais de defesa da Reforma Psiquiátrica são fundamentais para se traçar estratégias, que visem uma sociedade inclusiva e politicamente democrática.

Que segundo o Estado entre 1990 e 1995 o País vivenciou um período de “avanços” da Reforma Psiquiátrica e no período de 1996 a 1999 o mesmo passou por um momento de grande refluxo, ou seja, retrocessos no campo da saúde mental relacionados às mudanças no corpo administrativo do Ministério da Saúde. A exemplo desse processo de retrocesso tivemos em 4 de outubro de 1999a morte violenta de Damião Ximenes durante uma internação psiquiátrica, na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral-Ce.

Em 2000, o Estado afirma que renovou os quadros funcionais do Ministério da Saúde e passou a fomentar novas medidas e empreendimentos para a saúde mental, ou seja, o Estado passou avançar na implementação da Reforma Psiquiátrica, tirando da última gaveta do Congresso Nacional a Lei nº10.216, que completava doze anos de tramitação em 2001. Estrategicamente, essa Lei foi sancionada dia 6 de abril de 2001, ou seja, um dia antes do dia Mundial da Saúde (7 de abril), em que se comemorou por determinação da OMS a

temática da Saúde Mental. Com a sanção da referida Lei, o Estado reconheceu publicamente que esta era a primeira vez que uma proposta legislativa nacional idealizada pelos militantes dos movimentos sociais em defesa da Reforma Psiquiátrica e apresentada ao Congresso em 1989 pelo ex-deputado Paulo Delgado estava sendo aprovada.

Todo o exposto fazia muito sentido para nós, visto que, na literatura existente sobre saúde mental no Brasil, encontramos esses “avanços” significativos e tantos outros apresentados nessa dissertação entre os anos de 2001 a 2006. De boa fé, acreditávamos que todas as iniciativas estatais desse período eram espontâneas e que a escuta das aspirações e da proposta legislativa nacional dos movimentos sociais pela Reforma Psiquiátrica era uma forma de reconhecimento própria de um Estado Democrático de Direito a décadas de lutas destes movimentos.

Passamos a começar a desacreditar nas intenções espontâneas do Estado, principalmente, quando chegamos no segundo capítulo dessa dissertação. Nesse momento, encontramos fortes indícios de que a morte violenta de Damião Ximenes Lopes, ocorrida no dia 4 de outubro de 1999 apresentava-se como um caso reformista da saúde mental da cidade de Sobral-Ce e do Brasil. Mais adiante, saltou aos nossos olhos a notícia de que a saúde mental brasileira disponibilizada pelo Estado tinha sido “condenada” pela Corte IDH, por conta de uma denúncia da morte de Damião Ximenes Lopes ter sido enviada à Comissão IDH, em 22 de novembro de 1999. No terceiro capítulo, a suspeita de que a mencionada morte era um caso reformista foi sendo materializada a cada posicionamento da Comissão IDH e da Corte IDH, a sinistra realidade manicomial da Casa de Repouso Guararapes dentro do Processo Internacional parece “resumir um longo curso de maldade humana, que desafia nossas palavras e pensamentos”. Diante da dimensão desumana deste curso, não restou outra opção para a Corte IDH a não ser condenar o Brasil ao estabelecimento de programas de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem para mudança do sistema de assistência à saúde mental do Brasil, de modo a evitar que ocorressem fatos similares a morte de Damião Ximenes Lopes no futuro. Cessando o estado de exceção, o País precisava de curso de humanização para os seus profissionais da área da saúde mental. Estas informações foram revelando-nos o quanto as iniciativas estatais dos últimos anos implementadas no campo da saúde mental brasileira não são de reconhecimento democrático da saúde mental, nem politicamente voluntárias como parecem. E, assim mostramos o porquê de todos os “avanços” da saúde mental brasileira do Pós 4 de outubro

de 1999 e justificamos o fato destes “avanços” serem enviados em forma de Relatórios ao Tribunal da Corte IDH.

Depois de conhecermos os resultados da Sentença acerca da morte de Damião Ximenes Lopes, mais do que nunca, os movimentos em defesa da Reforma Psiquiátrica precisam continuar avançando nas suas relações com as instâncias públicas de defesa dos direitos humanos, com o Ministério Público, as Coordenadorias de Direitos Humanos e outras relações intersetoriais e ministeriais; propor estratégias para buscar parcerias na sociedade civil; zelar para que as denúncias se efetuem de forma responsável, com o devido cuidado em seu acompanhamento. Tais iniciativas podem ajudar a fortalecer a luta antimanicomial na área da defesa dos direitos humanos. É preciso mais do que nunca exigir das instâncias governamentais, em todos os níveis, os posicionamentos e as ações necessárias para efetivação da Reforma Psiquiátrica pelo lado dos direitos humanos.

Estas considerações finais nos permitem dizer que as pessoas com transtornos mentais estão em uma situação de particular vulnerabilidade, que conduz frequentemente à violação de seus direitos fundamentais como foi demonstrado no caso da morte de Damião Ximenes Lopes. Antes da repercussão desse caso na Corte IDH, situações de fato que afetavam as pessoas com transtornos mentais no Brasil nem sempre eram percebidas como problema de direitos humanos. Com o alargamento de denúncias nacionais e internacionais acerca das violações apresentadas no caso supracitado, percebemos uma maior preocupação do Estado com a proteção à integridade pessoal, à vida e outros direitos humanos fundamentais das pessoas com transtornos mentais. No caso específico destas pessoas tais violações são agravadas por preconceitos, estigmas e outros fatores culturais, bem como práticas políticas de reconhecimento perverso, que implicam muitas vezes no silenciamento de tratamentos degradantes e desumanos fundado numa relação de exclusão inclusiva, isto é, de abandono legitimado pelo próprio Estado. Nessa perspectiva agambeniana, a norma aplica-se à exceção desaplicando-se. No interior da Casa de Repouso Guararapes reinava um verdadeiro Estado de Exceção, porque encontramos situações em que o direito foi suspenso não pondo, nem conservando nada, mas opondo-se em execução contra o status humano com o financiamento do Estado.

Enfim, acreditamos que a dissertação tenha evidenciado o quanto estamos condenados a transformara saúde mental brasileira. Damião Ximenes Lopes é um de nós. Seu sangue está chão e a Reforma Psiquiátrica Brasileira segue rumo ao alto, ainda que, lentamente. Não é preciso nada mais, nada mais e nada mais, para acreditarmos que somos

sua principal testemunha de defesa. Existe um Damião dentro de cada um de nós, clamando por justiça e por uma terapêutica libertária própria dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. **Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua.** (Homo Sacer I) Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004a.
- _____. **O que resta de Auschwitz: o arquivo e a testemunha** (Homo Sacer III). Assmann. São Paulo: Boitempo, 2008c.
- _____. **Estado de exceção.** 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008b. 133 p. (Coleção Estado de Sítio).
- AGUIAR JR., Paulo Rocha. **A cidade e o rio: produção do espaço urbano em Sobral – Ceará.** 180f. 2005. Dissertação (Mestrado) em Desenvolvimento e Meio Ambiente. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, 2005.
- AIHT, F. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil.** São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias sobre a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996c.
- AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente e Cérebro,** São Paulo, Ano XIV, nº 164, p.30-35, set. 2006b.
- _____. A Constituição do Paradigma Psiquiátrico. In: **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância.** Coordenado por AMARANTE, P. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003d.
- _____. **Loucos pela vida – A trajetória das Reforma Psiquiátrica no Brasil.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998a.
- ARENDT, Hannah. **As origens do totalitarismo.** São Paulo: Cia. das Letras, 1989e.
- _____. (1906- 1975). **Eichmnam em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal.** Tradução: José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1999a.
- _____. **A condição humana.** 10. Ed. Tradução Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001d.
- _____. **Entre o passado e o futuro.** 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1988c.
- _____. **Responsabilidade e julgamento.** São Paulo: Companhia das Letras, 2004b.
- AUERBACH, Eric. A cicatriz de Ulisses. In: _____. **Mimesis: a representação da realidade na literatura.** São Paulo: Perspectiva, 2007, p.1-20.
- ATENÇÃO à saúde: legislação em saúde mental 1990 – 2004. 5ed. ampl . Brasília, 2004a.
- BACHELARD, Gaston. **A poética do espaço.** Tradução Antonio de: Pádua Danesi. Revisão da Tradução de: Rosemary Costhek Abílio. Coleção tópicos. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BAKTHIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. São Paulo: HUCITEC, 1979.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia crítica e crítica do direito penal**. Tradução de Juarez Cirino dos Santos. 3.ed. Rio de Janeiro, 2002.

BARROS, Márcia Maria Mont' Alverne de. **Prática de Saúde Mental em Sobral-Ce**: o discurso do sujeito coletivo dos trabalhadores de saúde, usuários e familiares. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2008.

BRASIL foi condenado por violação de direitos humanos. **Jornal O Povo**. Fortaleza-Ce, .o 25 – 31 Out. , p. 5, Caderno Ciência & Saúde, 2009.

BRASIL é condenado por Corte Internacional. **Jornal Diário do Nordeste**. Fortaleza-Ce, 19 Ago., p.4, 2006.

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

BECKER, Howard. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro:

BENJAMIN, W. **Obras Escolhidas I**. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura da cultura. 7. ed. São Paulo Brasiliense, 1994a.

_____. **Sobre o conceito de história**. Obras escolhidas. V. 1. São Paulo: Brasiliense, 1987b.

_____. **Escritos sobre mito e linguagem** (1915-1921); organização, apresentação e notas de Jeanne Marie Gagnebin; tradução de Susana Kampff Lages e Ernani Chaves. São Paulo: Duas Cidades; Editora 34, 2011c. 176 pág. (Coleção Espírito Crítico).

BORGES, Nadine. **Damião Ximenes**: primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BOTEGA, N.J; TURATO, E.R. Pesquisa no hospital geral: primeiros passos. In: BOTEGA, N.J (Org.). **Prática psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934**. Dispõe sobre profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoas e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências, Brasília-DF, 1934.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. Brasília- DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Declaração de Caracas**, Secretaria –Executiva de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990 – 2004. 5ed. Ampl. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados Ano I**, nº 1, maio de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Cuidar sim, Excluir não. Brasília-DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental, III. **Caderno Informativo**. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001g.

_____. Ministério da Saúde. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 9 de abril, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília-DF, 1987b.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília-DF, 1992e.

_____. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. **Relatório de gestão 2003 – 2006**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2007f.

_____. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003d.

BRUNELO, M.I. Loucura: um processo de desconstrução da existência. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v.9, n.1, São Paulo, 1998.

BUTLER, Judith. **Vida precária: el poder del duelo y la violencia**. Buenos Aires: Paidós, 2006.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **O lugar no/do mundo**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

CERTEAU, Michel de. **A escrita da história**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000, p. 65.

CIAMPA, Antônio da Costa. **A estória do Severino e a história de Severina**. São Paulo: Brasiliense, 2009a [1987].

_____. Identidade. In: **O homem em movimento**. LANE, S.; GODO, W. (Orgs.). 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004b.

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Demanda em el Caso Damião Ximenes Lopes**(caso nº12.237) contra la República Federativa del Brasil. 1 out. Disponível em http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Último acesso em: 20junho2012.

_____. Demanda em el Caso Damião Ximenes Lopes(caso nº12.237) contra la República Federativa del Brasil. , 2004. 1 out. Disponível em

http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Último acesso em: 20junho2012.

_____. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil: sentença:** declaração de Luiz Odorico Monteiro de Andrade, na época da morte de Damião era Secretário do Desenvolvimento Social e Saúde do Município de Sobral. Brasília, 2006. p.15-16.

_____. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil:** sentença de 04 de junho de 2006. Mérito, Reparação e Custas. Brasília, 2006. Disponível em http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Último acesso em: 12 junho de 2012.

_____. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 2 de maio de 2008. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil:** . supervisión de cumplimiento de sentencia. Brasília, 2008.

_____. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 21 de Setembro de 2009. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil:** supervisión de cumplimiento de sentencia. Brasília, 2009.

_____. Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 17 de Mayo de 2010. **Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil:** supervisión de cumplimiento de sentencia. Brasília, 2010.

_____. **Processo internacional, alegações finais, Brasil, caso Damião Ximenes.** Brasília, 2006. p.2-35.

_____. **Processo internacional, contestação,** Brasil, 2005.

COSTA, Lídia & Cols. **Análise de internamentos psiquiátricos da rede hospitalar pública, contratada e conveniada pelo Sistema Único de Saúde no Ceará.** Aracati: Centro de Atenção Psicossocial de Aracati, 1997. Mimeografado.

CUNHA, Euclides da. **Os sertões.** São Paulo: Três, 1984.

CUNHA, Maria Antonieta. **Carlos Drummond de Andrade.** São Paulo: Moderna, 2006.

DALMOLIN, B.M. A trajetória da saúde mental no Brasil: da exclusão ao novo modelo. **Mundo da Saúde,** São Paulo, v.24, n.1, p. 51-8, 2000;

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde e Debate.** Rio de Janeiro, n. 35, p. 26-9, 1992.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP. **Revista de Psicologia da UNESP,** São Paulo, v. 6, n. 1, p.60-79, 2007. Disponível em: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>>. Acesso em: 12 de dez. 2014.

- DEVIAT, M. **Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- DOENTES mentais pintam mural. **Jornal Diário do Nordeste**. Fortaleza-Ce, 30 abr. p.5, 2000.
- DIREITOS HUMANOS visita hospital psiquiátrico em sobral. **Jornal Diário do Nordeste**. Fortaleza-Ce, 17 mai. p.3, 2000.
- DIREITO dos portadores de doença mental. **Jornal Diário do Nordeste**. Fortaleza-Ce, 7 abr. p.4, 2001.
- DWORKIN, R. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- FEREIRA, A.A.L.; PADILHA, K.L.; STAROSKY, M. A questão da cidadania e da liberdade nos processos de reforma psiquiátrica: novas possíveis Práticas de governamentalidade. **Mnemosine**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2. P.116-143, 2010a.
- FEREIRA, Diocleide Lima. Espaços de lazer em Sobral – Ceará, o “cid marketink” e uma proposta de (re) reinvenção da cidade. In: FREITAS, Nilson Almino de; MARIA JÚNIOR, Martha. HOLANDA, Virgínea Célia Cavalcante de (Org.). **Múltiplos olhares sobre a cidade e o urbano: Sobral e Região em foco**. Sobral: UECE/UVA, 2010b.
- FALTA atendimento 24 horas no caps. **Jornal O Povo**. Fortaleza-Ce, 31 Out. p.7, 2009.
- FERRAJOLI, Luigi. **Por uma teoria dos direitos e dos bens fundamentais**. Trad. Alexandre Salim, Alfredo Copetti Neto, Daniela Cadermartori, Hermes Zaneti Júnior e Sérgio Cadermartori. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.
- FERREIRA, Patrícia Galvão. Responsabilidade Internacional do Estado. In: LIMA JR., Jayme Benvenuto. (Org.) **Direitos humanos internacionais: avanços e desafios no início do século XXI**. Recife: 2001.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- FREITAS, Nilson Almino. **Sobral: opulência e tradição**. Sobral: UVA, 2000b.
- GINZBURG, Carlos. [1919]. **O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela inquisição**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006a.
- GIRÃO, G. G.S. M; SOARES, M. N. M. **Sobral: história e vida**. Sobral: Edições UVA, 1997.
- GOULART, M. S. B. **Os 30 anos da Lei Basaglia: aniversário de uma luta**. Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 2-15, 2008a.
- _____ ; SCHNEIDER, D. R. ; LHULLIER, C. ; SCARPARO, H. B. K. B. Pesquisas em história da saúde mental no Brasil: produções advindas de um encontro científico. **Interamerican Journal of Psychology**, Porto Alegre, v. 46, p. 171-180, 2012.

_____. Em nome a razão: quando a arte faz história. In: **Rev. Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p.:36-41, 2010c.

_____. ; DURÃES, F. “A Reforma E Os Hospitais Psiquiátricos: Histórias Da Desinstitucionalização”. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 22, n.1, p.: 112-120, 2010b.

GUTIÉRREZ, Angela. MORAES, Vera (Orgs.). **Tributo a Moreira Campos e Natércia Campos**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2007.

HABERMAS, Jürgen. **Fundamentação teórico-linguística da sociologia: obras escolhidas de Jürgen Habermas**. Portugal: Edições 70, LDA, 2010. Publicado originalmente em 1929.

_____. **Teoria de la acción comunicativa: crítica de larazón funcionalista**. Madrid: Taurus, 1987. t. II.

LANE, S.T.M & SAWAIA, B.B. (Org.) **Novas veredas da Psicologia Social**. São Paulo: EDUC, pp. 55-63. 1995a.

_____. ; CODO, Wanderley (Orgs.). A psicologia social e uma nova concepção do homem para a psicologia. In: LANE, Silvia T. M. (Orgs). **Psicologia social: o homem em movimento**, parte I. São Paulo: Brasiliense, 2004b.

LIMA, Aluísio Ferreira de (Org.). **Psicologia social crítica: paralaxe do contemporâneo**. Porto Alegre, 2012d.

_____. **Metamorfose, anamorfose e reconhecimento perverso: a identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica**. São Paulo: FAPESP, EDUC, 2010b.

_____. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da Psicologia Social Crítica. **Revista Salum & Sociedad**, Chile, v.1. n.3, p.165-177, set./dic., 2010b.

_____. **Sobre a crítica de Jürgen Habermas ao projeto frankfurtiano: separação epistemológica ou continuidade de uma tradição**. Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.181-196, 2011c.

MACHADO, K.; Como anda a reforma psiquiátrica?.: reforma psiquiátrica é lenta, mas avança. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, n.38, p. 11-19, out. 2005.

MARTINS, Gilberto Andrade. Estudo de Caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. **RCO – Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8 , jan./abr. 2008.

MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2001.

MATIAS, Maria Beatriz de Miranda. **Os Movimentos sociais organizados em saúde mental em São Paulo de 1979-1992: a construção da Política de Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MENDES, I. A.C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, maio/jun. 2004.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MIRANDA, M. da S. O mundo da vida e o direito na obra de Jürgen Habermas. In: MIRANDA, M. da S. **Prisma Jurídico.** São Paulo. v.8, n. 1, p.97-119, jun./jun.2009.

MONTEIRO, Rita Paiva, **Dizem que sou louco: o caso Damião Ximenes e a Reforma Psiquiátrica em Sobral-Ce.** 2015. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-Ce, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde: décima revisão.** Genebra: OMS/WHO, 1992b, p. 314., v. I.

_____. **Relatório sobre saúde no mundo.** saúde mental: novos conhecimentos, Novas esperanças. Genebra: OMS/WHO, 2001, p.21.

_____. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Nova Iorque: OMS/WHO, 1991a.

_____. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Nova Iorque: OMS/WHO, 1946.

MOVIMENTO pede o fechamento de hospitais psiquiátricos. **Jornal O Povo.** Fortaleza-Ce, 31 out. p.4, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas** de 14 de novembro de 1990a. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas>. Acesso em: 14.01.2015.

_____. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo.** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. World Health Organization. Suíça, 2001b. 173 p.

ORWLI, George. **1984.** 29ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2005, p.20-21.

ÓBITOS de doentes mentais estão sob suspeita. **Jornal Diário do Nordeste.** Fortaleza-Ce, 7Abr. p.6, 2001.

OS PASSOS da reforma psiquiátrica no Ceará. **Jornal O Povo**. Fortaleza-Ce, 31 out. p.3, 2009.

PEREIRA, Milton Freire. Damião: um grito de socorro e de solidão. In: SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira (org.). **A instituição sinistra: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

PEIXOTO, José Luis. **A casa, escuridão**. Lisboa: Temas e Debates, 2002.

PINSKY, Carla Bessanez (Org.). Uso e mau uso dos arquivos. In: **Fontes históricas**. 3.ed. São Paulo: Contexto, 2011.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

_____. **Direitos humanos e justiça internacional**. São Paulo: Saraiva, 2006a.

_____; GOMES, Luiz Flávio. **O sistema interamericano de proteção dos direitos humanos e o direito brasileiro**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2003.

PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 3. Ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 1081.

RADIS. Reforma Psiquiátrica é lenta, mas avança. **Revista RADIS Comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, n. 38, p.15 -8 out., 2005.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994, 288p.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro**. Rio de Janeiro: Cia. das Letras, 1995.

ROCHA, Herbert. **O lado esquerdo do Rio**. São Paulo: Hucitec; Secretaria de Desenvolvimento da Cultura e do Turismo. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabogosa, 2003.

ROSENFELD. Michel. **A identidade do sujeito constitucional**. Belo Horizonte: Mandamentos, 2003.

SALES, Giorgi Augustus Nogueira Peixe. **A efetivação das sentenças da corte interamericana de direitos humanos no Brasil**. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Direito, Programa de Pós-Graduação em Direito, Fortaleza, 2013.

SAMPAIO, J. J. C. CARNEIRO, Cleide. Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-Ce: planejamento, supervisão e reflexões críticas. **Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE**, Sobral, v.6, n.2, p.1-92, jul./dez. Ceará, 2007a.

_____; SANTOS, A.N. ; SILVA, A. O. Periodização da História do Ceará: instrumento de apoio à análise de políticas de saúde. **Revista Humanidades e Ciências**

Sociais da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 63-71, jul/dez 2001b.

_____. **Proposta de política de saúde mental de Sobral-Ce**. Sobral: [s.n.], 1997c. Mimeografado.

SAÚDE mental e dignidade Humana. Direção do documentário: Centro de Memória da OAB. **ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <http://www.paulodelgado.com.br/saude-mental-e-dignidade-humana/>. Acesso em: nov. 2014.

SAMUEL, Raphael. História local e história oral. In: **REVISTA brasileira de história nº 19** : história em quadro-negro, escola, ensino e aprendizagem. São Paulo: ANPUH; Marco Zero, 1980. p. 220.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Para um novo senso comum**: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. São Paulo: Cortez, 2000.v.1.

SARAMAGO, José. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang. Nota do coordenador científico. **Revista da Defensoria Pública**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p.9, jul-dez. 2008. Ed. especial temática sobre direito à saúde, 2008.

SAWAIA, B. B. (org.). O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Editora Vozes, 2004a.

_____. Psicologia social laneana, conhecida lé fora do país como a “Escola de São Paulo”. In: SAWAIA, B. B. **Silvia Lane**. Rio de Janeiro: Imago, 2002b.

SILVA, Márcia Andréya Amaro Bezerril Montefusco; OLIVEIRA, Eliany Nazaré, MARTINS JÚNIOR, Tomaz. Organização da nova Rede de Atenção à Saúde Mental do Município de Sobral. In: **SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas**. Sobral, v. 2, n. 3, p. 29-36, out./nov./dez., 2000.

SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. **A instituição sinistra**: mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil. Coletânea de relatos de morte de internos em Hospitais Psiquiátricos. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

SILVA, Martinho Braga Batista e. **Entre o “desmame” e os “galinha d’água”**: a vida fora dos hospícios no contexto da primeira condenação do Brasil por violação de direitos humanos. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, Walter Roberto Pereira da. **Pelas mãos da barbárie**: a lógica manicomial em Sobral (1970-2000). 2007. Monografia- (Especialização em Teoria e Metodologia da História). Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral-Ce, 2007.

SESA fará sindicância. **Jornal Diário do Nordeste**. Fortaleza-Ce, 7 abr. p.3, 2001.

LEI cearense determina fechamento de hospitais psiquiátricos. **Jornal Diário do Nordeste**. Fortaleza-Ce, 7 abr. p.6, 2001.

SOARES, José Teodoro. **A idéia de modernidade em Sobral**. 2. ed. Fortaleza: Ed. UFC; Ed. UVA, 2004.

SPINK, P. K. Pesquisa de Campo em Psicologia Social: uma perspectiva pósconstrucionista. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis-SC, v. 15, n. 2, p.18-42, 2003.

SOBRAL. Secretaria de Saúde e Assistência Social. **Relatório de sindicância da Secretaria de Saúde e Assistência Social: 1999-2000**. Sobral, 2000.

_____. **Relatório do Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica (Gap)**. Sobral, 1999.

SOBRAL. Secretaria de Saúde e Assistência Social. Coordenação Municipal de Controle e Avaliação, Sistema Municipal de Auditoria. **Relatório de Sindicância Referente ao Processo 002/99: 1999/2000**. Sobral, 2000.

TENÓRIO, F., A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, ciências, saúde Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan/abr, 2002.

TERRIS M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. **J Public Health Policy**, Boston, USA, v. 13, p.267-76, 1992. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/> Acesso em 02 de outubro de 2014.

THOMPSON, E.P. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TRINDADE, Antonio Augusto Cançado. **A humanização do direito internacional**. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

_____. **A proteção internacional dos direitos humanos e o Brasil**. Brasília: Fundação Universidade de Brasília, 1998b.

_____. **Direito das organizações internacionais**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2002a.

TONINI, Nelsi Salet. **O planejamento no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo dos municípios da região oeste do Paraná**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto:, 2005.

TÓFOLI, Luiz Fernando; FORTES, Sandra. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE. **SANARE: Revista de Políticas Públicas de Sobral/Ce**. Sobral, v. 6, n. 2, p.34-42, jul./dez., 2005-2007.

TRATAMENTO deve substituir a internação. **Jornal O Povo. Fortaleza-Ce**, 31 out. p.7, 2009.

VERÍSSIMO, Luis. A mancha. **Vozes do golpe**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 4 ed., Porto Alegre: Bookman, 2001.