

DESAFIOS PARA A CONCRETIZAÇÃO DOS DIREITOS DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA MENTAL NO BRASIL: CASO XIMENES LOPES E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

CHALLENGES FOR THE IMPLEMENTATION OF THE RIGHTS OF PATIENTS WITH MENTAL DISABILITIES IN BRAZIL: XIMENES LOPES CASE AND SOCIAL PARTICIPATION ON MENTAL HEALTH PUBLIC POLICIES

**Marcus Pinto Aguiar
Giselle Dantas Lima Aguiar**

RESUMO

O presente trabalho analisa aspectos históricos e normativos do sistema de saúde mental brasileiro, inicialmente voltado para o modelo asilar, ressaltando o trabalho dos movimentos pela reforma psiquiátrica e pela luta antimanicomial com a finalidade de substituição progressiva do hospitalocêntrico pelo comunitário, permitindo uma maior integração do portador de transtorno mental com sua família e a sociedade. A partir deste ponto e com base em referências bibliográficas que tratam das questões dirigidas à saúde mental (no âmbito do Direito e da Saúde), além de informações do Ministério da Saúde e da análise do julgamento na Corte Interamericana de Direitos humanos do caso *Damião Ximenes Lopes versus Brasil*, examina as dificuldades enfrentadas para a concretização do modelo participativo no sistema de saúde mental brasileiro e a importância das convenções e tratados multilaterais de direitos humanos direcionados para a proteção destes pacientes, destacando a participação de diversos atores sociais, entre eles, a família, a sociedade, a classe dos profissionais da área de saúde, no controle das políticas públicas do Estado e das condutas de seus agentes, para garantir a efetividade de direitos humanos fundamentais relativos à saúde mental.

Palavras-chave: Movimento de luta antimanicomial; Saúde mental; Ximenes Lopes; Políticas Públicas; Direitos humanos.

ABSTRACT

This research examines historical and normative aspects of the mental health system in Brazil, initially aimed for asylum model, highlighting the work of the psychiatric reform and the anti asylum movements in order to substitute progressively the hospital-centered for the communitarian one, that leads to greater integration of the mentally ill person with their family and society. From here on, and based in bibliographical references that points out questions related to mental health (in law and health studies), besides the informations from the Health Ministry and the analysis of the trial of *Damião Ximenes Lopes Case versus Brasil*, in the Inter-American Court of Human Rights, this paper examines the difficulties faced in the implementation of the participatory model in the Brazilian mental health system and the importance of conventions and multilateral treaties on human rights aimed at protecting these patients, as highlights the importance of the participation of different social actors, among them, the family of the patient, society, the class of professionals in health, in controlling the public policies of the State and the conduct of its agents as a means of ensuring the effectiveness of the human rights, in particular those related with mental health.

Keywords: Anti asylum movements; Mental health; Ximenes Lopes; Public Policies; Human Rights.

INTRODUÇÃO

Com o reconhecimento da importância dos direitos humanos fundamentais, a legitimidade das ações do Estado, em toda a sua abrangência - executivo, legislativo e judiciário – exige a coordenação e integração dos poderes públicos com a sociedade não apenas para efetivar tais direitos, mas para garantir que os mesmos sejam concretizados de forma eficiente e eficaz.

A partir de uma abordagem histórica e normativa, este trabalho propõe inicialmente mostrar que o processo de hospitalização dos doentes mentais no Brasil esteve, desde o seu nascedouro, enlaçado com interesses econômicos privados e com a disposição do Estado de exercer o seu poder de exceção política e social. Entretanto, revela ainda, que o surgimento de movimentos pela luta de reforma psiquiátrica e pela desospitalização do tratamento mental tem sido de fundamental importância para a busca de efetivação dos direitos do portador de transtorno mental.

Percebe-se que, já há algum tempo, existe uma produção normativa interna importante visando à reforma do sistema de saúde mental no Brasil e à garantia de diversos direitos sociais aos portadores de transtornos mentais, que caminha lado a lado com a elaboração de importantes documentos internacionais gestados por meio de acordos e tratados entre Estados para a proteção e promoção dos direitos específicos destes doentes, promovidos principalmente por organismos transnacionais, tais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização dos Estados Americanos (OEA). Infelizmente, as dificuldades para a concretização de tais direitos na ordem interna permanecem, retardando o processo de valorização da dignidade destas pessoas em especial.

Daí o trabalho também procurar entender a razão das dificuldades desta efetivação e por isso, pesquisar acerca dos investimentos que o Estado tem feito na área da saúde mental, especialmente a partir do paradigmático caso Damião Ximenes Lopes, através do qual o Brasil obteve sua primeira condenação internacional por violação de direitos humanos na Corte Interamericana de Direitos Humanos e que trouxe uma série de conquistas jurídicas e sociais no campo da saúde mental, de acordo com o que aqui se indica.

O trabalho aponta para incongruências na gestão deste processo de reforma, especialmente pela constatação de um alto custeio do sistema hospitalar (asilar) da saúde mental, em detrimento do proposto modelo comunitário, através do qual o portador de transtornos mentais tem maior possibilidade de inserção social e de efetivação de outros direitos que também lhes são próprios, como o de trabalho, educação, lazer e acessibilidade.

Por mais que tenham sido feitos investimentos para a criação de inúmeros Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), ponto fulcral do sistema de atendimento comunitário, como revela este trabalho, percebe-se que a efetivação de direitos relativos à saúde mental precisa da participação ativa de todos os atores sociais envolvidos, quer sejam doentes, médicos, familiares, gestores públicos e da sociedade, para garantir a eficácia das políticas públicas voltadas para a área,.

Além da pesquisa bibliográfica crítica, especialmente no campo do Direito e da Saúde Mental, o presente trabalho utiliza como instrumentos metodológicos, a pesquisa de informações em diversos sites do Ministério da Saúde no que se refere especificamente ao sistema de saúde mental, além de trabalhos de referências históricas ao movimento de reforma psiquiátrica e dos instrumentos normativos nacionais e internacionais próprios da temática.

Procura ainda, através da análise do julgado da Corte Interamericana de Direitos Humanos, relativo ao caso *Ximenes Lopes versus Brasil*, apresentar um exemplo concreto da realidade de vida dos doentes mentais dentro do sistema asilar, com o objetivo de apontar um novo caminho de busca de justiça (internacional) para a prevenção e reparação de violações de direitos dos portadores de transtornos mentais, além de procurar entender a importância da utilização eficaz do modelo comunitário.

1 EVOLUÇÃO HISTÓRICO-NORMATIVA DOS DIREITOS E DO SISTEMA DE TRATAMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

O modelo de confinamento asilar¹ para tratamento dos portadores de transtornos mentais tem início no Brasil a partir de 1830, com a pressão dos médicos da Academia Imperial de Medicina, para que pacientes psiquiátricos deixassem de ser atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia e passassem a sê-lo no contexto laico de confinamento apropriado², formatado pelos avanços científicos que o tema exigia; para tanto, mobilizam a opinião pública (de baixa alfabetização) com a intenção de pressionar a construção de tal nosocômio cujo decreto foi assinado por Dom Pedro II, em 1841. É neste contexto que se

¹ Este modelo asilar (asilar-manicomial ou hospitalocêntrico) em sua concepção do século XIX, apresenta como características a internação (isolamento da sociedade) e a intervenção com tratamentos moral e físico, como meios de “precaução social”, sem o viés da medicalização, que só viria a ocorrer no decorrer do século XX, com o “desenvolvimento tecnológico, associado à intensa produção de medicamentos”, impondo o tratamento em instituições especiais (hospitais psiquiátricos), que por fim, “implica a definição, por meio da instituição médica, de um novo *status* jurídico, social e civil do louco: o doente mental”. (CARNEIRO, 2008)

² Referindo-se ao início do processo de construção de grandes asilos no século XIX, afirma Foucault (2012, p.384) que: “A loucura não rompeu o círculo do internamento, mas se desloca e começa a tomar suas distâncias. Dir-se-ia uma nova exclusão no interior da antiga, como se tivesse sido necessário esse novo exílio para que a loucura enfim encontrasse sua morada e pudesse ficar em pé sozinha”.

forma o que Devera e Costa-Rosa (2007, p.61) qualificam como: “uma aliança entre a ciência psiquiátrica e os projetos estatais de controle social”.

A esta aliança dos interesses entre ciência e Estado junta-se o Direito. Nascendo da paternidade de João Carlos Teixeira Brandão, primeiro psiquiatra diretor do Hospício Nacional de Alienados e deputado geral em 1886, a inaugural Lei brasileira do alienado, ressaltando a imprescindibilidade do hospício, a autoridade máxima de seus especialistas de decretar a internação e seu dever de guarda dos bens do alienado³. (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 62)

Desde a inauguração em 8 de dezembro de 1852 do Hospício Dom Pedro II, conhecido como “Palácio dos Loucos”, o sistema de internação de pacientes psiquiátricos (modelo asilar) vem apresentando problemas de gestão, discriminação⁴, superpopulação⁵, violação de direitos humanos e de falta de recuperação integral dos pacientes. Entretanto, somente em 1937 iniciaram-se os estudos sobre a estrutura psiquiátrica para avaliar a situação nacional, constatando a insuficiência para atendimento da população e a ineficiência dos métodos utilizados na assistência dos internos, culminando com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, através do Decreto-Lei n. 3.171, de 2 de abril de 1941. (BRASIL, 2013c)

Após o golpe militar de 1964 e o estabelecimento do regime ditatorial militar no Brasil, ocorreu uma “hipertrofia hospitalar psiquiátrica”⁶ quando o número de sanatórios aumentou em mais de 500%, momento em que se criaram condições para a expansão da rede hospitalar privada, podendo-se falar de uma verdadeira “indústria de saúde mental”⁷, como

³ Interessante a relação que Foucault (2012, p.132) estabelece entre a internação e a interdição: “O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco”.

⁴ Informam Devera e Costa-Rosa (2007, p.63) que: “A partir de 1931, desenvolveu-se uma tendência que passou a condenar a mestiçagem e a atribuir a todos os indivíduos não-brancos um caráter patológico. A solução seria o saneamento racial através da eugenia. Apareceram os macro-asilos e, em São Paulo, começavam os estudos sobre criação das Instituições Filantrópicas”.

⁵ O hospital psiquiátrico do Juqueri, localizado em São Paulo e inaugurado em 1898, chegou a contar em 1965 com 14.393 internos. (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 62)

⁶ Cf. Silva (2001, p.23)

⁷ Segundo Scarcelli (1998, p.12): “No caso da atenção psiquiátrica, a política privatizante da Previdência facilitou a construção e a ampliação de um grande número de hospitais psiquiátricos privados, fato que contrariava as recomendações da Organização Mundial de Saúde, que preconizava a concentração da assistência psiquiátrica no nível ambulatorial”. Referindo-se à condição de clausura e segregação que vive o portador de sofrimento psíquico dentro dos hospícios, afirma Silva (2001, p. 162) em relação a estes que: “Foram amontoados em espaços reduzidos de prisão para reproduzirem uma cultura fabricada pelos seus algozes, sem direitos, sem testemunhas, amaldiçoados na prisão perpétua de uma condição cruel, como matéria prima da **indústria da loucura**, na sua vertente pública e privada. (grifo nosso). Ver ainda Borges (2009, p.57) quando fala da relação entre o “parque manicomial brasileiro” e a “lógica da privatização”, informando que a partir da década de 70, “80% destes são de natureza privada”.

política de Estado que privilegia a classe hegemônica em detrimento dos interesses da sociedade e utiliza a “ciência” como aparato garantidor do *status quo* vigente.

Neste período ditatorial (1964-1982), percebe-se o nascimento de uma ampla crise sistêmica nacional, não apenas política, mas também social e jurídica. Há um esforço de repressão ideológica e contenção da sociedade que coloca em cheque, na área da saúde mental, o modelo “hospitalocêntrico”, ensejando lutas em prol dos direitos humanos dos pacientes, da revisão do formato de gestão da assistência psiquiátrica para um modelo comunitário e descentralizado, concomitantemente com os movimentos de trabalhadores⁸ da área da saúde mental, especialmente na década de 70, por conta das precárias condições de trabalho e politização dos movimentos sociais. Neste sentido, afirma Devera e Costa-Rosa (2007, p.64) que:

Aí se vêem os efeitos de uma verdadeira luta pela hegemonia entre visões teórico-técnicas, ideológicas, culturais e éticas, que se expressam já em uma práxis na qual é possível visualizar uma transição paradigmática, do PPHM [Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador] para o PPS [Paradigma Psicossocial]. Essa prática cotidiana tem gerado o ideário e as experiências da Reforma Psiquiátrica, em torno dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS) num determinado Território.

De fundamental importância para a consolidação do movimento de reforma psiquiátrica foram as realizações das Conferências Nacionais de Saúde Mental, que ocorreram em 1987 (Rio de Janeiro), 1992 (Brasília), 2001 (Brasília) e 2010 (Brasília), extrapolando a temática da específica assistência da saúde mental e seu modelo psicossocial, buscando a valorização e garantia de cidadania e direitos humanos, não apenas dos pacientes, mas também dos trabalhadores do setor, isto é, da “transformação da sociedade”. (COSTA-ROSA *et al*, 2001)

As lutas dos movimentos em prol da reforma psiquiátrica⁹ nas décadas de 70 e 80 sedimentaram diversas experiências no modo de tratamento do portador de transtornos mentais (extra-hospitalar e comunitário) e na garantia dos seus direitos humanos fundamentais não apenas no Brasil, mas por quase toda a América Latina, de forma a possibilitar a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, promovida pela

⁸ Outro movimento importante integrado ao processo de reforma psiquiátrica, a partir de meados da década de 70 foi o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) de vinculações políticas (lutas pela democracia e anistia política), classistas (recuperação das condições de trabalho, previdenciárias e salariais) e emancipatórias (implementação do modelo de atenção psiquiátrica psicossocial). (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p.67)

⁹ A luta dos movimentos antimanicomiais pela reforma psiquiátrica no Brasil está bem delineada por Silva (2011, p.19), quando afirma que: “O movimento reformista do qual eu faço parte atua no sentido da extinção progressiva dos hospícios e outros estabelecimentos para confinamento prolongado, [...] bem como na criação de formas de lidar com a loucura que tornem possível a permanência dessas pessoas na cidade e em atendimento nos serviços extra-hospitalares. Neste sentido trata-se de uma luta antimanicomial, mas também de uma luta a favor da tolerância à diferença, [...]”

Organização Panamericana de Saúde (OPAS), realizada em Caracas, Venezuela, em 1990, ocasião em que se reuniram diversos atores sociais e agentes políticos de diversas partes do continente latino-americano, cujo documento final, a Declaração de Caracas de 14 de novembro de 1990 (adotada pela Organização Mundial de Saúde), veio a fortalecer e renovar as ações em prol de um sistema de saúde mental capaz de valorizar a existência humana.

A Declaração de Caracas de 1990 alerta para a ineficácia do tratamento hospitalar psiquiátrico isolado e reconhece a importância da atenção primária em saúde e “dos programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas” de forma a promover a inclusão social dos pacientes que utilizam os serviços do sistema. Daí a Declaração afirmar que as legislações nacionais necessitam se adequar, uma vez que “os recursos, o cuidado e o tratamento devem salvaguardar invariavelmente a dignidade humana e os direitos humanos e civis”. (OPAS, 1990)

Aqui se realça a relevância desta normatividade transnacional de direitos humanos no movimento de humanização da saúde mental e de ampliação do fortalecimento dos instrumentos normativos adequados à defesa dos doentes no Brasil, cujo foco fundamental é a conclamação à participação ativa não apenas dos atores sociais diretamente envolvidos com o sistema, entre eles: profissionais da saúde, familiares e gestores públicos setoriais, mas da sociedade como um todo, em defesa da dignidade da pessoa humana em suas múltiplas dimensões.

Entretanto, foi a Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de dezembro de 1971, a primeira a tratar especificamente desta temática, realçando o princípio da igualdade de oportunidades de desenvolvimento pessoal na medida do possível, de forma a favorecer o desenvolvimento de suas aptidões e integração na vida social.

Ainda no plano internacional, outro valoroso instrumento é a Carta de Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, promulgada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1991, para garantir principalmente as liberdades individuais do grupo nela protegido¹⁰. (ONU, 1991)

Pode-se afirmar que a defesa das pessoas portadoras de transtornos mentais se fortaleceu ainda mais com a Convenção Interamericana para Eliminação da Discriminação à

¹⁰ Esses princípios foram aceitos pelo Brasil através da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.407 de 8 de junho de 1994. (BRASIL, 1994)

Pessoa com Deficiência¹¹, adotada em 7 de junho de 1999, pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), promulgada no Brasil através do Decreto n. 3.956, de 8 de outubro de 2001, assumindo com os demais signatários o compromisso de “assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência [...] adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção.” (OEA, 1999)

Nesse sentido de valorização dos instrumentos internacionalistas, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em 30 de março de 2007 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, ratificada pelo Brasil em 2008 e promulgada pelo Decreto N. 6.949 de 25 de agosto de 2009, tem dois aspectos que aqui se destaca.

O primeiro é o tratamento dado às mulheres (art. 6) e às crianças (art. 7) com deficiência e a busca de alcançar os meios para a participação social do deficiente em igualdade de condições. E por segundo, esta Convenção é o primeiro tratado internacional de direitos humanos a ser incorporado no Brasil com *status* constitucional, com base no § 3º, artigo 5º da Constituição Federal, inserido pela Emenda Constitucional 45/2004.

Aqui vale ressaltar dentro deste contexto de redemocratização latino-americano, que o Brasil em 1998 submeteu-se à jurisdição da Corte Interamericana de Direitos Humanos, reforçando assim o sistema de proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais através do acesso à justiça também no âmbito internacional.

No que se refere à legislação interna, além das disposições gerais na área de saúde dadas na Constituição Federal, dos artigos 196 a 200, e das leis 8080/90 e 8.142/90 que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente quanto à saúde mental, tem-se a Portaria Ministerial N. 224/MS, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece diretrizes e normas para o atendimento dos pacientes portadores de transtornos mentais, indicando as de atendimento em nível ambulatorial, promovendo a criação dos NAPS/CAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial/Centro de Atenção Psicossocial) e normas de atendimento hospitalar,

¹¹ Interessante a questão da nomenclatura (transtorno mental e deficiência mental) que é utilizada pelos órgãos da ONU e da OEA, inclusive pela Corte Interamericana, e da que faz uso a legislação interna sobre saúde mental e movimentos sociais e profissionais da área no Brasil. A principal diferença residiria na forma de atuar (conduta) sobre o problema, pois segundo Silva (2011, p.75): “De um lado, uma deficiência, de outro, um transtorno, sendo que para transtornos se recomendam tratamentos (ou ‘cuidado’), enquanto para deficiências eu viria a saber que é necessário, principalmente, ‘proteção’, já que são pessoas ‘mais vulneráveis’ que as demais e, portanto, mais suscetíveis de ter ‘seus direitos humanos violados’. A partir da Lei 10.216/2001 não caberia tal diferença, até porque a manutenção desta permitiria uma posição reducionista de ambos os lados, pois, segundo Silva (2011, p.76), sob o ângulo da ‘deficiência’, seria: “Mais uma questão que exige a proteção do Estado nacional do que um fenômeno que necessite de tolerância por parte da sociedade”. Cf. para aprofundar nesta questão conceitual ONU (2005, p. 27-34).

geral e psiquiátrico, consubstanciando o formato de apoio matricial para a gestão do modelo comunitário.

Desta forma, o atendimento em saúde mental prestado em qualquer nível (ambulatorial, CAPS ou hospitalar) compreende diversas atividades que procuram incluir o paciente psiquiátrico na realidade social cotidiana e com isto, resgatar a dignidade e a cidadania do mesmo. Entre as práticas desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais da rede de apoio estão as seguintes: “atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior; atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde”. (BRASIL, 1992)

Ainda em relação à legislação interna, outra importante referência sobre o tema da saúde mental é a lei 10.216, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Assim, a referida lei além de elencar um rol de direitos do paciente psiquiátrico, reconhece a responsabilidade do Estado no desenvolvimento das políticas de saúde mental, e fortalece o modelo comunitário, com a diversidade de atividades assistenciais e pluralidade de profissionais, em detrimento do asilar (caráter subsidiário de última instância), ao afirmar no seu artigo 4º que:

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

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

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

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (BRASIL, 2001a)

Nesse contexto, a Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, torna-se também uma referência legal no campo da saúde mental quando cria o programa “De Volta para Casa” e “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”, benefício pecuniário mensal com a finalidade de assistir os pacientes portadores de transtornos mentais que estavam internados há mais de dois anos em instituições psiquiátricas e não necessitam deste atendimento, ingressando agora no processo de reintegração social. (BRASIL, 2003)

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, realizada no período de 26 a 30 de junho de 2010, em Brasília, Distrito Federal, chama a atenção para a necessidade de efetivação da ampla fundamentação legal que já existe neste campo, e de delimitação da responsabilidade do poder público, quando afirma que:

729. No processo de reforma psiquiátrica e de construção da política de saúde mental do SUS, é fundamental efetivar as Leis 8.080/90, 8.142/90 e 10.216/01 e propor a regulamentação e a definição das responsabilidades de cada esfera de poder (federal, estadual e municipal) na área de saúde mental. É necessário exigir o cumprimento da legislação de saúde mental e de outros dispositivos legais, nos casos de violação dos direitos humanos, de liberdades básicas e de negação de direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos que sofrem de transtornos mentais, garantindo a cidadania através da efetivação das políticas públicas. (BRASIL, 2010b)

Esta disposição do Relatório Final da Conferência remete a dois pontos fundamentais deste trabalho. Primeiro, a aplicabilidade das leis, especialmente as que se referem a direitos humanos fundamentais, e segundo, a responsabilidade do Estado pelos danos causados por sua conduta, ativa ou comissiva, diante da não efetivação destes direitos. Até agora enfrentadas estas questões apenas no nível interno, mas a partir da inserção do Brasil no Sistema Interamericano de Proteção e Promoção de Direitos Humanos, no que trata de violação destes direitos, o Estado pode ter sua responsabilidade (internacional) decretada por órgãos transnacionais, e ainda motivar processos de transformação interna em prol destes direitos.

A questão de dar efetividade às leis acima elencadas que resguardam os direitos dos portadores de saúde mental e a definição das responsabilidades dos poderes estatais não pode ser tratada apenas como uma questão de política judiciária ou legislativa, ou mesmo administrativa, mas também se refere à participação da sociedade, maior interessada na concretização destas questões, sendo sintomático o fato que as próprias leis que tratam do sistema de saúde mental reforçam a importância de uma comunidade participativa, sem no entanto a matéria ter sido alçada, até o momento, a divisor de águas no processo de redemocratização brasileiro.

A Constituição Federal, no seu artigo 198, afirma que as ações e serviços públicos de saúde tem como uma de suas diretrizes a “participação da comunidade” (inciso III). E a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria do Ministério da Saúde nº 1.820, de 13 de agosto de 2009) dispõe em seus artigos 7º e 8º que:

Art. 7º Toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação.
[...]

§ 6º O direito previsto no caput desse artigo inclui a participação de conselhos e conferências de saúde e o direito de representar e ser representado em todos os mecanismos de participação e de controle social do SUS.

Art. 8º Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores. (BRASIL, 2009b)

Ainda tratando da ênfase que é dada pela legislação do sistema de saúde mental à participação popular, encontra-se disposta na Portaria do Ministério da Saúde de n. 224, de 29 de janeiro de 1992, entre as diretrizes para o sistema, a “ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução”. E ainda a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que informa especificamente sobre “a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”, apresentando formas de participação propostas pelo Estado em cada esfera do governo, a saber: Conferências e Conselhos de Saúde.

Apesar dos inúmeros mecanismos legais e institucionais, nacionais e internacionais, e da participação da sociedade nestes órgãos colegiados existentes em todas as esferas políticas e do próprio sistema de saúde mental de modelo comunitário, o que ainda se tem visto é uma grande dificuldade do Estado cumprir com suas obrigações de proteger e promover os direitos humanos para todos os segmentos sociais, principalmente os de maior vulnerabilidade, como é o caso aqui em análise.

Os erros, danos e mortes causados pelo sistema de saúde mental deficitário e ineficiente sob a responsabilidade do Estado não tem sido suficientes para que este ajuste o norte da atuação dos seus agentes e de suas políticas públicas em favor da pessoa humana que se encontra sob sua guarda e cuidado em todo o território nacional.

A Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), quando da preparação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que se deu em 2010, apresentou alguns dados gerais do Ministério da Saúde, relativos a dezembro de 2009, para subsidiar as discussões em torno da saúde mental, e que serão abaixo indicados como referencial da posição do sistema no Brasil. Assim, indica a FENAFAR (2009) que:

- a) Existem 1.467 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- b) Existem 550 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), contemplando 2.480 moradores;
- c) 2.573 leitos reservados a pacientes com transtornos mentais em hospitais gerais;
- d) Em 2001, havia 52.962 leitos em hospitais psiquiátricos. Em 2009, foram reduzidos para 35.604;

- e) Em 2001, havia 246 hospitais psiquiátricos no Brasil, muitos de grande porte (com até mil leitos). Em 2008, este número caiu para 205;
- f) 3 % da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes;
- g) 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- h) 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual;
- i) 2,3% do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental.

Em uma sociedade que cultua o trabalho e a produtividade sob a perspectiva da acumulação e do lucro, as pessoas portadoras de transtornos mentais tendem a ser consideradas de menor valor por sua falta de capacidade de produção dentro de um padrão mínimo estabelecido pelo sistema¹². Talvez isto possa também explicar as dificuldades de acesso a serviços de saúde mental adequados e eficientes como atestam alguns dados do próprio Ministério da Saúde, a partir de uma visão da perspectiva latino-americana, a saber:

Pesquisas recentes na Colômbia e no México não deixam margem para dúvidas. Mais de 80% das pessoas identificadas na comunidade com um diagnóstico de doença mental não tiveram nenhum contato com serviços de saúde nos 12 meses anteriores. [...] O grau de implementação das políticas e dos programas ainda é extremamente reduzido na maioria dos países (apenas 15.5% dos países da América Latina têm implementado mais de 50% de seus programas de saúde mental) e a maior parte da população continua sem ter acesso ao conjunto mínimo de cuidados que seria possível oferecer-lhes atualmente. (BRASIL, 2013d)

Considerando-se a saúde como um direito social, é preocupante o tratamento dado às questões orçamentárias mínimas necessárias para garantir o acesso adequado ao sistema idealizado, pois ao mesmo tempo em que se caminha para a diminuição máxima ou extinção dos manicômios, como querem os movimentos de luta antimanicomial, fazem-se necessários urgentes investimentos na ampliação e fortalecimento dos estabelecimentos inseridos no modelo comunitário, para que não se dê a mera substituição de modelos, sem necessariamente o novo vir desvinculado dos vícios de outrora.

A partir do momento em que a internação em hospital psiquiátrico e mesmo em hospital geral são postos como últimas alternativas no processo de atenção à saúde mental neste novo formato, os CAPS, CAPS AD (CAPS para usuários de Álcool e outras Drogas), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os CEM e as Unidades Básicas de Saúde (UBS)

¹² Informa Silva (2001, p.17): “Assim, os manicômios, inicialmente, serviam para afastar da sociedade aqueles com incapacidade para o trabalho e para seguir os ritmos da vida coletiva, que não eram só os ‘loucos’ mas também os pervertidos, os que tinham sífilis, as prostitutas, as crianças ‘idiotas’, enfim, os que perturbavam a ‘ordem’”.

com Programa de Saúde da Família (PSF) que funcionam como Posto de Saúde, precisam de investimentos em estrutura e pessoal, quantitativa e qualitativamente.

Uma vez que o sistema intenta proporcionar ao portador de transtornos mentais inserção integral na comunidade, no âmbito familiar, social e ocupacional, também são necessários investimentos para a formação e adequação profissional do doente e para o apoio à família, que não tem as competências técnicas necessárias para lidar com esta pessoa, assim como todos que estão ao seu entorno, que algumas vezes estão sujeitas à eventual agressividade¹³ destas pessoas.

Por mais que as leis, as instituições, os métodos de gestão sejam importantes como uma estrutura mínima para a tentativa de realização do que se pensa como um ideal de materialização dos direitos humanos, ainda são essenciais os valores éticos que cada pessoa ou a sociedade entende que devam pautar suas decisões.

Com muito mais razão se poderia afirmar que os cientistas da Medicina e do Direito tem a capacidade de promover a injustiça, na medida em que suas teorias alcancem grande repercussão, e no lugar de influir positivamente na vida da sociedade, venham a promover o desvalor humano, pois, queiram ou não os grandes cientistas, em especial os aqui citados, com certeza haverá uma aplicação política de suas teses pelo Estado. Não são os legisladores homens? Não são estes homens assessorados por juristas? Não são estes juristas influenciados por teorias? Então que estas últimas, para reafirmar a necessidade de uma ciência que promova a dignidade do homem, estejam fundamentadas em valores éticos e não em um idealismo que permite a leniência material¹⁴.

“Sim, o hospital psiquiátrico no Brasil mata! Sempre matou. No passado, em grandes proporções”, afirma Silva (2001, p.6). Este fato não é desconhecido dos que lutam pelos Movimentos Antimanicomiais, dos trabalhadores do setor de saúde mental, dos familiares vitimados, da sociedade, dos pesquisadores das instituições de ensino superior, dos donos de hospícios particulares e muito menos do Estado em toda a sua abrangência administrativa, legislativa e judiciária; entretanto, infelizmente, ainda hoje os hospitais psiquiátricos e o

¹³ Referindo-se à indiferença de delimitação de campos que na era clássica se dava à loucura, à maldade e ao crime, afirma Foucault (2012, p. 137): “Esta indiferença não pertence a um saber ainda muito rude, mas sim a uma equivalência escolhida de modo ordenado e proposta com conhecimento de causa. Loucura e crime não se excluem, mas não se confundem num conceito indistinto; implicam-se um ao outro numa consciência que será tratada, com a mesma racionalidade, conforme as circunstâncias o determinem, com a prisão ou com o hospital”.

¹⁴ Machado de Assis, ao descrever os delírios de Simão Bacamarte, personagem de sua obra “O Alienista”, retrata como o argumento da autoridade científica foi forte o suficiente para convencer os parlamentares de “Itaguaí” da necessidade de se construir um edifício para trancafiar e tratar os loucos da cidade, furiosos e mansos, que viviam presos em casa. (ASSIS, 1999, p.16). Pode-se afirmar que caminhou nesta linha o argumento dos doutos esculápios da Academia Imperial de Medicina para a construção do “Palácio dos Loucos” como visto acima. E em ambos os casos, “ficção” e realidade, os resultados foram e tem sido desastrosos.

próprio sistema de saúde mental, mancomunados com interesses hoje nem tão mais escusos, continuam matando¹⁵.

2 CASO DAMIÃO XIMENES LOPES: ATORES INTERNACIONAIS E A CONTRIBUIÇÃO PARA O DIREITO INTERNO E O SISTEMA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRO

Em Sobral, município localizado na zona norte do Estado do Ceará, a cerca de 240 km da capital Fortaleza, no dia 01 de outubro de 1999, deu entrada na Casa de Saúde Guararapes, instituição psiquiátrica conveniada ao SUS fundada em 1974, o Sr. Damiano Ximenes Lopes, portador de transtorno mental. Naquele momento contava com 30 anos de idade, tendo sido internado para receber “tratamento psiquiátrico”¹⁶. Apenas 3 dias depois, morreu dentro da unidade asilar em que estava confinado, segundo os médicos, de “morte natural, parada cardiorespiratória’, e nada mais”¹⁷.

No dia seguinte, sua mãe, Albertina Viana Lopes, comparece à Delegacia para dar notícia da morte e das circunstâncias em que esta se deu. Denuncia a Casa de Saúde Guararapes à Secretaria de Saúde do Município de Sobral para que seja instalada uma sindicância com base em supostas condições e fatos lá ocorridos. A irmã de Damiano, Irene Ximenes Lopes Miranda, escreve uma carta para a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia do Ceará e para diversas instituições de âmbito local, nacional e internacional; e no dia 22 de novembro de 1999, envia denúncia por *email* à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que a admite como “caso” perante a Corte Interamericana depois de infrutíferas tentativas de solução amistosa com o Estado brasileiro a cuja jurisdição, no dia 12 de outubro de 1998, havia se submetido, decidindo este tribunal pela responsabilidade internacional do Brasil ao condená-lo por violação de direitos humanos dispostos na Convenção Americana.

A responsabilidade internacional revela o não cumprimento da obrigação de garantir os direitos humanos acordados convencionalmente no Pacto de São José (Convenção Americana sobre Direitos Humanos) e em outros tratados ratificados no âmbito do Sistema Interamericano, incorporados e em vigor nacionalmente. Na verdade, a responsabilização neste nível é um reflexo do não empenho estatal de estabelecer uma cultura interna de

¹⁵ O Conselho Federal de Psicologia (CFP) entregou um relatório aos representantes da Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2011, contando casos de morte, maus tratos e tortura, informando acerca de “66 casos de violações de direitos humanos em manicômios e comunidades terapêuticas. Os casos ocorreram entre 2000 e 2010; 32 deles são do período 2009-2011”. (CFP, 2011)

¹⁶ Cf. parágrafo 2 da Sentença do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. (CORTEIDH, 2006a)

¹⁷ Cf. parágrafo 47da Sentença do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. (CORTEIDH, 2006a)

valorização dos direitos humanos, tanto na ordem pública como na privada, e de não estabelecer mecanismos internos apropriados para prevenir e promover tais direitos, além de não estabelecer políticas públicas adequadas para efetivação de direitos fundamentais, principalmente voltadas para aqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, no caso aqui em estudo, a pessoa portadora de transtorno mental.

Trabalha-se atualmente no sistema de saúde mental com a substituição do modelo asilar pelo comunitário, permitindo a participação da família¹⁸ e da comunidade no processo de reinserção social do ‘deficiente mental’. Entretanto, natural e eficaz, seria se a comunidade pudesse participar ativamente do processo de gestão de políticas públicas para esta área específica da saúde mental, como amplamente previsto na legislação interna e internacional.

Na verdade, a análise do ocorrido a Damião Ximenes Lopes chamou a atenção de profissionais das mais diferentes áreas (saúde, administração privada e pública, jurídica, Organizações Não Governamentais, entre outras) a tal ponto que se tornou referência para o processo de reavaliação das políticas de saúde mental e da legislação pertinente, além dos processos de efetivação de direitos humanos como um todo.

Alguns fatos da vida de Damião Ximenes Lopes, até o contexto de sua morte, podem ser pinçados da sentença final, conforme disposto em seu parágrafo 112, como segue:

O senhor Damião Ximenes Lopes nasceu em 25 de junho de 1969 [...] desenvolveu uma deficiência mental de origem orgânica, proveniente de alterações no funcionamento do cérebro. Apresentava esporadicamente dificuldades e necessidades específicas [...]. Na época dos fatos, tinha 30 anos de idade e vivia com sua mãe na cidade de Varjota, situada a aproximadamente uma hora da cidade de Sobral, sede da Casa de Repouso Guararapes. [...] foi internado pela primeira vez em 1995 [...] na Casa de Repouso Guararapes, por um período de dois meses.[...]. Anteriormente ao dia 1º de outubro de 1999, [...] ‘teve problemas de nervos, não queria comer nem dormir’ [...].Na sexta-feira, 1º de outubro, Albertina Viana Lopes decidiu internar seu filho [...] foi admitido na Casa de Repouso Guararapes, como paciente do Sistema Único de Saúde (SUS), em perfeito estado físico. [...]. Em 3 de outubro de 1999, o senhor Damião Ximenes Lopes teve uma crise de agressividade e estava desorientado.[...] Em 4 de outubro de 1999, aproximadamente às 9h, a mãe do senhor Damião Ximenes Lopes chegou à Casa de Repouso Guararapes para visitá-lo e o encontrou sangrando, com hematomas, com a roupa rasgada, sujo e cheirando a excremento, com as mãos amarradas para trás, com dificuldade para respirar, agonizante e gritando e pedindo socorro à polícia. [...] faleceu em 4 de outubro de 1999, às 11h30 [...] em circunstâncias violentas [...]. (CORTEIDH, 2006a, p.30)

Da leitura dos autos deste processo, já se pode inferir o sofrimento que o próprio Damião passou em seus últimos momentos e também o tanto que sofreram seus parentes mais próximos, especialmente a mãe e a irmã. Além disso, quando se vê os motivos, a causa que

¹⁸ Na concepção de Silva (2011, p.28), delinea-se aqui um “direito de acompanhante” para o paciente internado.

impulsionou outros seres humanos à barbárie contra um próximo de si mesmo, é também estarrecedor.

A mãe e a irmã de Damião Ximenes percorreram um penoso calvário de denúncias em busca de justiça; tendo sido estas que fizeram o caso ser projetado além do seu caráter ordinário e alcançado uma causa pública geral. Ao dar notícia do crime na Delegacia de Polícia da Sétima Região de Sobral e não tendo esta manifestado interesse no caso, procedeu-se à denúncia por carta¹⁹ perante a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa e vários outros órgãos de atuação regional, nacional e internacional²⁰.

A irmã de Damião, logo após a notícia crime na polícia local, prontamente tomou para si a saga de ir aonde fosse para encontrar justiça, pois intuiu o descaso²¹ com que iriam ser tratadas as revelações acerca do que havia ocorrido com seu irmão (e com outros) na Casa de Repouso Guararapes, por conta da relação promíscua de poder existente entre a administração pública local e o dono do nosocômio, parente de influentes da elite econômica e política local²².

Como consequência desta atitude decidida e combativa da irmã de Damião Ximenes, considerada como uma das razões deste caso ter ido tão longe e alcançado tanta repercussão²³, pode-se falar dos desdobramentos positivos para o sistema de saúde mental nacional, a promoção dos direitos humanos (nacional e internacionalmente) e para o acesso a justiça. Na ocasião, a Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, presidido à época pelo deputado João Alfredo Telles Melo, chegou a realizar uma

¹⁹ A reprodução da íntegra desta carta-denúncia pode ser vista em Silva (2001, p.130-133).

²⁰ Entre os órgãos e entidades que receberam a denúncia da irmã de Damião Ximenes se encontram os seguintes: Delegacia de Polícia Civil de Sobral, Secretaria de Saúde de Varjota, Secretaria de Saúde de Sobral, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, Conselho Regional de Medicina do Ceará, Procuradoria da Justiça do Estado, Coordenação do Movimento dos Trabalhadores do Ceará em Defesa da Reforma Psiquiátrica, Conselho Regional de Enfermagem, Procuradoria da República, Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal, 389 Deputados Federais, 3 Senadores, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, Anistia Internacional, Comissão Interamericana de Direitos Humanos, entre outras. (Silva, 2001, P. 129)

²¹ Afirma Silva (2001, p.8) que: “O caráter conspiratório e farsante que cerca, de modo geral, a apuração das responsabilidades nesses casos também é digno de atenção: o silenciamento, a cumplicidade e a impunidade constituem uma espécie de marca registrada. Ninguém viu, ninguém ouviu, ninguém sabe de coisa alguma. Aconteceu e pronto! A única urgência é fechar a ocorrência e encerra o caso”.

²² Em oposição à pobreza e a vulnerabilidade de Damião, tem-se a riqueza e o prestígio do dono da Casa de Repouso Guararapes, criada em 1974 (pelo pai do proprietário), Sérgio Antunes Ferreira Gomes, um “Ferreira Gomes”, um próximo (tio) de Cid (Ferreira) Gomes, prefeito de Sobral na época e atual governador do Ceará, irmão de Ciro (Ferreira) Gomes, ex-candidato à presidência da república e atual secretário de saúde do Estado. (SILVA, 2011, p.92)

²³ Em seu “Voto Separado” na Sentença de Mérito do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, o juiz Antônio Augusto Cançado Trindade comparou Irene Ximenes à personagem Elektra de Sófocles, diante do sofrimento que se abateu sobre ambas, mas realçou que a primeira: “pronta e efetivamente decidiu, à beira do túmulo de seu irmão querido, partir com determinação em busca da justiça pública, como é a praxis em seu tempo, em nosso tempo, que até hoje, com a adoção da presente Sentença da Corte Interamericana, não havia encontrado[...]”. (CORTEIDH, 2006a)

audiência pública no dia 11 de novembro de 1999, para discutir a questão da saúde mental no Estado do Ceará. (SILVA, 2001, p.137)

Outra instituição de importante participação neste processo de busca pela justiça foi a Coordenação Municipal de Controle e Avaliação de Sobral que abriu uma sindicância para apurar a causa da morte de Damião, as devidas responsabilidades e a qualidade dos serviços prestados, tendo chegado às seguintes conclusões: 1. Não há evidências do óbito, apesar dos riscos e possibilidades concretas; 2. “A Casa de Repouso Guararapes não oferece condições de funcionamento consoante a Legislação Sanitária pertinente”; 3. “Há evidências de maus tratos e de abuso sexual de pacientes que devem ser esclarecidas pelas autoridades competentes”; 4. “Há evidências de tortura”; 4. A necessidade de apuração das responsabilidades do diretor clínico pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) e da diretora técnica de enfermagem pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN). (SILVA, 2001, p.153-154)

Dos depoimentos apresentados para o julgamento do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, infere-se que o senhor Damião Ximenes não foi o único a sofrer violações de direitos humanos dentro da Casa de Repouso Guararapes, conforme disposto no parágrafo 47 da Sentença, tendo sido aventada ainda a possibilidade de outras mortes²⁴. Inclusive o próprio Damião, em outras duas internações anteriores, havia falado em maus-tratos da parte do pessoal da clínica²⁵.

Mesmo com toda evolução da ciência psiquiátrica e do tratamento dos portadores de doença mental, parece que foram totalmente esquecidas as lições básicas do pai da psiquiatria, Phillippe Pinel, no século XVIII, conforme referência feita pelo presidente do Comitê de Ética em Pesquisa Hospital Psiquiátrico São Pedro/Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, que lembra a fala do mestre, quando dizia este:

A função disciplinadora do manicômio e do médico deve ser exercida como um perfeito equilíbrio entre firmeza e gentileza. Mais ainda, a permanência demorada do médico em contato com os doentes melhora seu conhecimento sobre os sintomas e sobre a evolução da loucura. (LOPES, 2010)

Esta realidade que foi enfrentada por Damião Ximenes e outros pacientes portadores de transtornos mentais, em relação ao tratamento realizado nos estabelecimentos hospitalares de saúde mental, tem sido debatida incessantemente pelos que lutam pela reforma psiquiátrica

²⁴ Segundo depoimento de Francisco das Chagas Melo, ex-paciente da Casa de Repouso Guararapes: “ Casa de Repouso Guararapes era um lugar de violência, de abuso de poder e sem nenhum cuidado para com os pacientes”; informando ainda o mesmo que “Soube de outros casos de violência e morte [...] sem que tenham existido investigações a respeito. (CORTEIDH, 2006a, p. 14)

²⁵ Cf. Borges (2009, p.27).

brasileira, em que se trata da questão das redes de apoio extra-hospitalar e de projetos de reinserção social para os portadores de deficiência mental.

Em que pesem todos os acontecimentos nefastos e dolorosos acima descritos, o processo de integração jurídica entre o Sistema Interamericano de Direitos Humanos e o Brasil, proporcionou por conta do julgamento do Caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, a abertura de um novo caminho de acesso às violações internas de direitos humanos, trazendo algumas consequências importantes para o movimento de luta pela valorização da existência do portador de transtornos mentais.

Também se observaram com o caso, importantes consequências para o direito brasileiro e o sistema de acesso à justiça em busca da concretização dos direitos humanos fundamentais, podendo-se afirmar que a morte de Damião trouxe muitos frutos capazes de alimentar novas vidas, ou pelo menos, de evitar a morte de muitas outras, especialmente as que se encontram em condições iguais de vulnerabilidade.

Após sua morte, animadas não só pelo espírito de dor, mas de justiça também, sua mãe e irmã iniciaram uma peregrinação para lutar pela responsabilização de todos que tiveram alguma participação daquele contexto. No meio do percurso das inúmeras denúncias realizadas, alguns frutos foram aparecendo, podendo-se destacar como primeiro deles, o fechamento da Casa de Repouso Guararapes em 2000 e com isto a reformatação do modelo de atendimento aos portadores de saúde mental de Sobral e da região por esta atendida.

Após as denúncias acerca da morte de Damião Ximenes, a Casa de Repouso Guararapes sofreu uma intervenção por parte da Secretaria de Saúde Municipal de Sobral, culminando com o seu fechamento em 10 de julho de 2000. A partir daí foi implementado um novo modelo de gestão da população psiquiátrica com ênfase no atendimento extra-hospitalar, o denominado “modelo de atenção comunitária” se contrapondo ao ortodoxo “modelo asilar”, recebendo alguns prêmios²⁶ esta proposta local de atendimento, tornando-se inclusive “modelo pan-americano de interface entre saúde mental e atenção básica em 2008”²⁷. (SILVA, 2011, p.22)

²⁶ Informa Silva (2011, p.118) que: “A rede de Sobral, RAISM, foi premiada em 2001 pelo Ministério da Saúde; em 2005, por uma empresa farmacêutica; e em 2007, pela revista Abril, sendo que Sobral foi o primeiro município da região Nordeste a abrir uma residência terapêutica após a portaria governamental que a regulamentou, bem como o primeiro a criar uma formação”.

²⁷ O prêmio veio pela afinidade das políticas públicas de saúde mental do Brasil com os modelos comunitários propostos por organismos internacionais, como a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). (SILVA, 2011, p.22)

Outro efeito da condenação foi a extinção de centenas de leitos psiquiátricos e com o novo sistema de RAISM²⁸, uma participação maior da família no tratamento da vítima. E em que pese todas estas ações positivas voltadas para a orientação da comunidade como um todo e para o melhor atendimento do portador de transtorno mental, não foi justificativa suficiente para afastar a condenação do Brasil perante a Corte Interamericana de direitos Humanos, uma vez que a violação se materializara em danos irreversíveis, passíveis de responsabilização e consequente reparação.

A promulgação da Lei 10.216 de 2001, atual referência nesta matéria, tem por finalidade a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais, trazendo no seu bojo um rol de direitos para os deficientes, e determinando obrigações para o próprio Estado em termos de políticas públicas para com estes beneficiários, reforçando a exigibilidade destas prestações estatais positivas.

Um ponto interessante em relação a esta norma é que a mesma foi promulgada após a morte de Damião Ximenes em 2001 e pode-se até questionar se este fato teve alguma influência na sua promulgação. Na verdade, a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, deu sua entrada no Congresso Nacional como projeto de lei do então deputado Paulo Delgado (PT/MG) em 1989, tendo sido sancionada após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional. Estes dados por si só já revelam a dificuldade desta temática e também um forte indicativo do impulso que aquele projeto teve para sua aprovação por causa da repercussão nacional e internacional (a denúncia já se achava em trâmite na Comissão Interamericana) do Caso Damião Ximenes Lopes.

Da mesma forma, a Emenda Constitucional 45/2004, que nasceu da PEC N. 96, em 1992, e tramitou por mais de 10 anos no Congresso para sua aprovação, trouxe para este campo dos direitos humanos duas inovações à Constituição Federal: a inserção do § 3º no artigo 5º, já bastante destacado alhures; e os acréscimos do inciso V-A e § 5º ao artigo 109²⁹.

Assim, pode-se afirmar que a possibilidade de acesso à justiça transnacional via o Sistema Interamericano de Proteção e Promoção de Direitos Humanos tem sido mais um aliado na efetivação dos valores democráticos e dos direitos humanos dispostos na

²⁸ “Apenas Sobral-CE e outra cidade do Brasil – Campinas-SP – foram indicadas pela Coordenação de Saúde Mental para representar o país diante da OPAS, ou seja, diante da representante da Organização Mundial de Saúde nas Americanas”. (SILVA, 2011, p.117)

²⁹ Prescreve o artigo 109, inciso V-A e § 5º da Constituição Federal: “Art. 109. Aos juízes federais compete processar e julgar: [...] V-A - as causas relativas a direitos humanos a que se refere o § 5º deste artigo; [...]. § 5º Nas hipóteses de grave violação de direitos humanos, o Procurador-Geral da República, com a finalidade de assegurar o cumprimento de obrigações decorrentes de tratados internacionais de direitos humanos dos quais o Brasil seja parte, poderá suscitar, perante o Superior Tribunal de Justiça, em qualquer fase do inquérito ou processo, incidente de deslocamento de competência para a Justiça Federal”. (BRASIL, 2013)

constituição brasileira como fundamentos, metas e limites da atuação do Estado, muitas vezes ignorados quando se trata de concedê-los às minorias desfavorecidas de privilégios econômicos, políticos e sociais, e quando muito, amparados apenas pela formalidade da ordem jurídica.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS E DESAFIOS DO PROCESSO DE EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE MENTAL

Desde o início da reforma psiquiátrica, o sistema da saúde mental vem sofrendo mudanças administrativas (organizacional e institucional) e clínicas (práticas), enquanto serviço de saúde pública. Para o Ministério da Saúde, embora a válvula inicial deste processo tenha sido a reforma sanitária, o movimento reformista possui uma história própria que tem se desenrolado a partir de lutas delineadas pelas mudanças na história da própria sociedade, transformando a saúde mental em um processo desvinculado da violência asilar e de isolamento que circunda toda a sua existência.

Os conflitos político-administrativos que fomentam atualmente as lutas no contexto da saúde mental no Brasil estão amparados pela exigência urgente da implementação prática pelo Estado dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde³⁰ e originam o emponderamento do doente e da família, assim como da sociedade em geral, e da necessidade de uma nova gestão compartilhada que promova a divisão igualitária de responsabilidades e benefícios no intuito de recriar parcerias sociais antes consideradas distantes e impraticáveis. (SILVA, 2005, p.131)

A estratégia do Estado de delegação de responsabilidades às famílias sobre o paciente portador de transtornos mentais remete ao período em que o doente era excluído da sociedade e retirado do seio familiar, pois a família era considerada incapacitada de fornecer os devidos cuidados ao mesmo, apesar da afirmação de que a “devolução progressiva deste indivíduo à comunidade” tornou-se o principal marco na luta por melhores condições de saúde, mas não retirou do Estado a responsabilidade assumida desde a legislação de 1934, na qual a hospitalização e o asilamento visavam apenas atender uma questão de ordem e segurança pública. (GONÇALVES; SENA, 2001, pag. 50)

Com a implementação da rede de atendimento à Saúde Mental, através dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), desde 2001, conjuntamente à implementação dos NAPS

³⁰ Os princípios constitucionais que regem o SUS, previstos na Constituição Federal, são os seguintes: universalidade (art. 196), equidade (art. 196), descentralização (art. 198), integralidade (art. 198) e participação da comunidade (art. 198).

(Núcleo de Assistência Psicossocial), vê-se claramente que ainda há por parte da sociedade em geral e do Estado, uma necessidade primordial para promover a reorientação da Assistência em Saúde Mental do nosso país.

Assim, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com base nas “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil” é necessário “abandonar preconceitos, abrir mão de objetivos políticos-ideológicos, superar questões econômico-financeiras e voltar toda atenção para os doentes mentais e seus familiares” para que se consiga realmente realizar ações nas quais se veja resultados perceptíveis. (ABP, 2006, p.12)

Dentre os desafios vivenciados no cotidiano da implementação dos serviços de apoio assistencial aos portadores de transtornos mentais e à sua família, os CAPS e sua administração utilizam a estratégia de dividir, negociar e delegar funções à equipe multidisciplinar, à família e à comunidade como um todo, o que resulta em conflitos e impasses, que apenas “revelam os desafios de produzir autonomia e cidadania” ao portador de transtornos mentais e à família, gerando também dilemas dentro da equipe de saúde e da comunidade, especialmente na forma de atendimento deste grupo de pessoas que vem de um histórico duro de sofrimento social e psíquico. (CAMPOS, 1992, p.101)

Os investimentos nas ações de saúde mental, de acordo com dados do Portal do Ministério de Saúde, estão voltados para dois segmentos: ambulatorial e internação hospitalar, correspondendo a cerca de 2,5% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, apresentando um salto, entre os anos de 2008 a 2009, de 600 milhões de reais, para 1,5 bilhão de reais por ano, sendo que 33% foram direcionados para as necessidades hospitalares deste doente. (BRASIL, 2010)

O custeio da saúde mental pelo Estado ainda financia 2,5 mil leitos hospitalares, direcionando cerca de 500 milhões do total do orçamento voltados para a internação de pacientes dependentes químicos, podendo se apropriar ainda dos leitos disponíveis do sistema de saúde em geral, que tem aproximadamente 9 mil leitos na rede pública; o que prova que o governo federal não excluiu a possibilidade de internação hospitalar de portadores de transtornos mentais, principalmente de pacientes graves e de origem na dependência química. (BRASIL, 2012)

Apesar dos incessantes investimentos denominados pelo Estado como “custeio da desospitalização”, aproximadamente 80% das verbas direcionadas à Saúde Mental ainda estão voltadas para as internações em leitos psiquiátricos e somente 20% dessas verbas são direcionadas à criação e melhoria dos CAPs, o que traduz a ineficácia deste processo de

migração de sistemas (hospitalocêntrico para comunitário), conforme atesta o Relatório de Saúde Mental em Dados, publicado em 2012 pelo Ministério de Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no qual são identificados os principais desafios enfrentados pela Saúde Mental no país e propõe “a construção de estratégias para garantir a acessibilidade e qualidade dos serviços da rede”. (BRASIL, 2012)

O relatório acima descrito indica que houve cadastramento de 122 novos CAPS, entre eles 5 CAPSad 24h³¹, demonstrando uma real ampliação da cobertura nacional em saúde mental, passando do patamar de 21%, no ano de 2003, para 72% de abrangência da população nacional, até 2012, revelando uma certa lentidão na execução das políticas públicas em saúde mental por parte do Estado, que exigem a necessária implantação de novos CAPS em número compatível com a realidade brasileira e outros recursos terapêuticos designados à Rede de Assistência à Saúde Mental criada pela mesma³².

Percebe-se assim a precariedade da efetividade do direito do portador frente ao paradoxo da existência de uma legislação voltada para o modelo comunitário, mas as políticas públicas do Estado nesta área ainda estão amplamente direcionadas à hospitalização e não ao novo modelo proposto.

Como a ideia é desospitalizar, o custeio dos leitos e dos manicômicos deveria ter diminuído a uma velocidade bem maior do que tem ocorrido, especialmente nestes últimos 12 anos, com o conseqüente direcionamento das políticas públicas em saúde mental voltadas para a estruturação dos CAPS e a rede de assistência como um todo..

Além disso, as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica não podem ser apenas ações de simples redirecionamento financeiro e assistencial, mascaradas pela necessidade de reintegração do portador de transtorno mental à sociedade. Daí vê-se a importância da desconstrução do paradigma separatista³³, baseado nos saberes sobre o que é a doença e como lidar com seus portadores.

³¹ Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas com funcionamento de 24h, comportando internação exclusivamente para desintoxicação.

³² Segundo informações da Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE), atualizadas em 2013, os dados de cobertura populacional e número de CAPS instalados no Brasil, são de, respectivamente, 82% e 1998. É preciso ainda salientar as discrepâncias regionais em relação a estes dados, pois enquanto estados como Ceará (0,95%), Paraíba (1,27%), Sergipe (1,16%), atingiram uma cobertura populacional de 95%, 127% e 116%, respectivamente, outros, como Acre, Amapá e Distrito Federal, chegaram apenas a 27%, 25% e 33%, respectivamente, considerados como de pior cobertura. (BRASIL, 2013)

³³ O “paradigma separatista”, segundo Menezes e Yasui, é o aquele que descreve o nascimento da Psiquiatria enquanto ciência, traduzida pelo questionamento de como separar o homem-pesquisador do homem-objeto de estudo, e como separar o homem da sua mente durante o processo de adoecimento.(MENEZES; YASUI, 2013, p.1819)

Desta forma, estes saberes nada mais fazem do que reduzir a experiência da sociedade para com o doente e com a sintomatologia de sua nomeada deficiência, caracterizando-o como alguém que somente precisa da cura, quando na verdade, faz-se necessária concomitante a este entendimento, um aprendizado sobre a socialização deste indivíduo enquanto ator social deste contexto.

A proposta não é apenas de criação de CAPS, mas de uma rede integrada de assistência ao doente mental, além da concretização de diversos outros direitos fundamentais ainda não alcançados por este, tais como: melhores condições de educação, oportunidades de trabalho, mobilidade urbana, e mesmo saúde. (SILVA, 2005, p.133)

É preciso entender o trabalho da rede de atenção ao portador de transtorno mental; compreender que o CAPS tem como principal função a organização da demanda de pacientes necessitados de atendimento psiquiátrico, direcionando-os de acordo com o tipo, gravidade, persistência e nível de afecção social do doente, enquanto parte de uma comunidade, visando não só o seu cuidado no aspecto de saúde, mas também social.

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS são “instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico”, necessitando de todos os recursos afetivos, sociais, sanitários, econômicos, culturais, religiosos e de lazer, os quais devem estar articulados na facilitação do atendimento eficaz do nível de complexidade apresentado pela demanda de pacientes antes considerados excluídos da sociedade devido aos seus transtornos mentais. (BRASIL, 2004)

O fato do CAPS ser considerado órgão de referência em saúde mental, torna-o não apenas executor prioritário das ações de cunho assistencial direcionadas ao público em questão, mas também o órgão que toma para si os encargos de acompanhamento e coordenação de problemas relacionados à saúde mental de determinada população.

O que se questiona atualmente é o caminho tomado pelo método assistencialista que prevê a reinserção do portador de transtornos mentais, mas centra suas ações somente em algumas etapas do processo de reinserção social, necessitando o doente não só de mediação para as “trocas de experiências”³⁴, mas também da criação de situações que favoreçam uma vivência com maior autonomia, predispondo o mesmo e a sua família a um fortalecimento de vínculos dentro da comunidade em que vivem, favorecendo a ida e o retorno dos mesmos à

³⁴ Trocas de experiências são aqui entendidas como a vivência em comunidade que o sistema proporciona através de situações que promovam a integração da família juntamente com o paciente na realidade da sociedade, tais como: participação em ações sociais, criação de espaços culturais e mesmo simples convivência com outros atores sociais.

rede de assistência e tornando contínuo o tratamento e acompanhamento deste indivíduo, de sua família e da própria comunidade, ou seja, uma ruptura no distanciamento construído pela história do acompanhamento médico-psiquiátrico observado ao longo da trajetória do nosso sistema de saúde. (ONOCKO-CAMPOS, 2006, p.38)

A efetividade do modelo de desinstitucionalização, como contribuição para a mudança no tratamento da saúde mental no Brasil, requer uma postura responsável de todos, Estado, família e Sociedade, deixando de lado o abandono e a desassistência, ao reconhecer a responsabilidade solidária de cada um pelo doente.

O trabalho feito pela rede de assistência ao portador de transtornos mentais é congruente a um sistema de origem heterogênea no qual o objetivo muda de acordo com o papel desempenhado pelo ator social, que pode ser o portador de transtornos mentais, a família, a equipe multiprofissional e a comunidade na qual está inserido, o momento que o mesmo está vivenciando e a prioridade na qual a ação do mesmo está centrada. (SCHNEIDER; CAMATTA; NASI, 2009)

Assim, os objetivos do CAPS são descritos como uma estrutura física e ideológica, colocada pelo Estado como forma de ampliação no atendimento dirigido aos portadores de transtorno mental através de ações da equipe multi e interdisciplinar, diminuição no uso da medicação utilizada apenas após uma cuidadosa avaliação e como medida complementar às ações interdisciplinares. (GARCIA; JORGE, 2006)

Nesse sentido, para o Ministério da Saúde, o processo de criação e adesão da comunidade a estes programas, não se dá em um curto período de tempo, pois há sempre uma ampliação não prevista pelo Estado da complexidade dos problemas do Sistema de Saúde Mental, caracterizando esta deficiência como um meio precursor da disseminação de "alternativas de atenção" de caráter total como forma de resolver um problema que se arrasta há muito tempo.

Por isso, aponta-se para a necessidade de criar ações que não só responsabilizem o Estado, mas conscientizem a saúde pública da necessidade de se estabelecer políticas mais claras e incisivas para resolver os problemas neste campo, trazendo a participação dos usuários e de seus familiares não só para as instâncias preconizadas pelo Sistema de Saúde, mas também chamá-los à cotidiana luta pela melhoria das ações do Estado através da militância nos movimentos sociais que favorecem a criação de uma sociedade mais harmoniosa e sem pré-conceitos, construindo um novo lugar para o "louco" e para a própria sociedade. (BRASIL, 2005)

Ao olhar para o dia-a-dia dos serviços de assistência ao portador de transtornos mentais, percebe-se que ainda há, em grande parte das diretrizes empregadas pelo Estado uma duplicidade nas ações desenvolvidas através da parceria com a sociedade, na qual ao mesmo tempo em que a população está sendo convidada à participação compartilhada da gestão da saúde, há também o incentivo à aceitação dos encargos das responsabilidades que acompanham esse processo de gestão.

Assim, ainda que tenham ocorrido mudanças no sistema voltado para as políticas de saúde mental, a necessidade de distinguir o projeto da Reforma Psiquiátrica da maneira como o Estado e a sociedade lidam com a desinstitucionalização, deve considerar primordialmente a necessidade de uma maior aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental e assim criar uma ampliação na construção do campo interdisciplinar, não só de saberes, mas também de práticas que resultem em investigações especificamente dirigidas à emancipação do portador de transtornos mentais.

4 CONCLUSÃO

Ao analisar o desenrolar histórico dos movimentos de luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica do sistema de saúde mental no Brasil, percebe-se que estas iniciativas sociais tem uma percepção antecipada da realidade excludente do portador de transtorno mental em várias esferas da sua vida: familiar, social, política, econômica e jurídica. Daí este paciente alcançar a qualificação de “incapaz” não apenas frente ao direito, mas pior, diante do olhar dos outros que estão mais próximos, a família e a sociedade.

Este trabalho conclui que o Estado, desde o início da instauração do modelo asilar no sistema de saúde mental, foi um fomentador da condição de não cidadão e “não pessoa” deste doente, retirando-lhe não apenas o direito de propriedade e de liberdade, mas da própria vida, aqui entendida não apenas no seu aspecto biológico, valores estes sempre tão exaltados pelo Estado liberal e por tantas declarações de direitos humanos, mas de difícil concretude para os excluídos.

O processo de internação asilar também faz parte de uma estratégia de mercantilização da saúde através da qual, como bem aponta este trabalho, muito dinheiro é destinado à manutenção de um sistema que tem como principal interesse, não a valorização da pessoa humana, o seu cuidado, seu tratamento na busca da liberdade física e psíquica, mas o acúmulo de recursos financeiros e a maximização do lucro por meio de mecanismos que privilegiam o custeio de leitos hospitalares destinados ainda à internação do paciente.

O trabalho conclui ainda que apesar dos investimentos que foram feitos pelo Estado para a substituição do sistema asilar pelo comunitário, especialmente com a criação de Centros de Apoio Psicossocial, este de maior valorização da dignidade do paciente e de promoção de outros direitos sociais, tais como a educação, o trabalho, a convivência social, enfim, capazes de ensejar a autoestima e a liberdade para se autodeterminar destas pessoas humanas, a falta de controle dos resultados dos gestores tem tornado ínfimos os resultados esperados por estas inovações, frente às imensas possibilidades de desenvolvimento humano que cada uma destas pessoas poderia alcançar.

Percebe-se ainda com o que foi pesquisado e analisado, que o caso Ximenes Lopes, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, trouxe inúmeras influências positivas no campo jurídico, especialmente pela ampliação da possibilidade de acesso à justiça transnacional em busca da proteção e da promoção de tais direitos, além da reparação e prevenção de violações; e influenciando ainda, decisivamente, na promulgação de leis internas para garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental. Isto sem contar com o impulso que ganharam os defensores da reestruturação do sistema de saúde mental.

O trabalho por fim, conclui também que as políticas públicas de efetivação de direitos relativos à saúde mental, incluindo aqui, por óbvio, não apenas o tratamento, mas a expansão das potencialidades da pessoa humana em todas as esferas de sua existência, poderão trazer até alguns resultados positivos, mas ficarão sempre aquém do adequado e necessário, se não forem elaboradas, executadas, controladas e redirecionadas, quando necessário, com a participação da sociedade, investida também de poder de decisão em equilíbrio com o Estado.

REFERÊNCIAS

ASSIS, MACHADO. **O alienista**. 3 ed. Texto de acordo com a edição de 1882. São Paulo: FTD, 1999.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. Brasília: ABP, 2006.

BORGES, Nadine. **Damião Ximenes**: a primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Revan, 2009.

BRASIL. **A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental**. Documento das Nações Unidas n. A/ 46/ 49 de 17.12.1991. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/principios_protecao_pessoas_transtorno_mental_onu>. Acesso em:25.abr.2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 224/MS, de 29 de janeiro de 1992**. Dispõe sobre diretrizes e normas do atendimento em saúde mental. Disponível em: <<http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf>>. Acesso em: 25.abr.2013.

_____. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº 1.407-94 - Princípios para a Proteção de Pessoas com Transtorno Mental – ONU**. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/resolucao_1407_94.asp>. Acesso em: 25.abr.2013.

_____. **Lei 10.216, de 6 de abril de 2001a**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 25.abr.2013.

_____. **Decreto N. 3.956, de 8 outubro de 2001b**. Promulga a Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm> Acesso em: 24.abr.2013.

_____. **Lei 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm>. Acesso em: 25.abr.2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Brasília: Ministério da Saúde, 2004.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009b)**. 3 ed. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br/.../livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf>. Acesso em: 25.04.2013.

_____. Ministério da Saúde. Portal do Ministério de Saúde. **Investimentos na Política Nacional de Saúde mental: esclarecimentos sobre o tratamento de dependentes químicos no SUS**. Publicado em 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11637>. Acesso em: 10.set.2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intersetorial de Saúde Mental. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Realizada de 27 de julho à 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de

Saúde/Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf>. Acesso em: 25.abr.2013.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, n. 10, março de 2012, Brasília. **Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>>. Acesso em: 10.set.2013a.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sala de Apoio a Gestão Estratégica. Redes e Programas. **Saúde conte com a gente, Saúde Mental**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em 10.set.2013b.

_____. Ministério da Saúde. Centro Cultural de Saúde (CCS). Memória da Loucura. **Retratos da história: cronologia**. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/retratos06.html>>. Acesso em: 25.abr.2013c.

_____. Ministério da Saúde. Declaração de Caracas. **Nota técnica sobre Caracas**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24138&janela=1>. Acesso em: 25.abr.2013d.

BRASIL. **Código civil, código de processo civil, código comercial, constituição federal, legislação federal, legislação civil, processual civil e empresarial**. Obra coletiva de autoria da Editora Revista dos Tribunais. Organização de Yussef Said Cahali. 15 ed. rev., ampl. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013e.

CAMPOS, O.; FURTADO, J. P. **Planejamento setorial de saúde**. Rio de Janeiro: Fundação de Recursos Humanos para a Saúde, 2006.

CARNEIRO, Nancy Greca de Oliveira. **Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial** – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental? Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 11, n. 2, p. 208-220, junho 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a03v11n2.pdf>>. Acesso em: 23.abr.2013.

CORTE IDH. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. Sentença de 4 de julho de 2006a (Mérito, Reparações e Custas). Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_por.pdf>. Acesso em: 24.abr.2012.

COSTA-ROSA, Abílio de; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvio. **As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudemental/conferenciasnacionaisdesaudemental.doc>>. Acesso em: 25.abr.2013.

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, 6(1), p.60-79, 2007. Disponível em:

<<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>>. Acesso em: 25.abr.2013.

GARCIA, M. L. P.; JORGE, M. S. B. **Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial**: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.11, n.3, Rio de Janeiro, jul/set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300024>. Acesso em 11.set.2013.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS (FENAFAR). **Textos para subsidiar as discussões em torno da Saúde Mental na IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.fenafar.org.br/portal/assistencia-farmaceutica/70-assistencia/486-iv-conferencia-nacional-de-saude-mental.html>>. Acesso em: 25.abr.2013.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família,. Minas Gerais:Ver. Latino-am Enfermagem 2001 março; 9 (2): 48-55.

LOPES, Maria Helena Itaquí. **Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/psiqpes.htm>>. Acesso em: 18.nov.2010.

MENEZES, M.P.; YASUI, S. A. **A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber?** *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol.18 no.6, Rio de Janeiro, jun. 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600032&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 10.set.2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental**: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, vol.22, n.5, Rio de Janeiro, mai.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018>. Acesso em: 10.set.2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **International Court of Justice**: Separate Opinion of Judge Cañado Trindade in the Advisory Opinion regarding the independence of Kosovo. Opinião Consultiva (*Advisory Opinion*) de 22 de julho de 2010 requerida à Corte Internacional de Justiça sobre a independência de Kosovo. Disponível em: <<http://www.derechos.org/nizkor/europa/kosovo/kosovo27.html#BASIC CONSIDERATIONS>>. Acesso em: 30.dez.2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Declaração de Caracas de 14 de novembro de 1990**. 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: 25.04.2013.

SCARCELLI, Ianni Régia. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental**: a experiência do município de São Paulo 1989 - 1982. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Orientadora: Maria Inês Assunção Fernandes. Defendida em 1998. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-03112005-221529/pt-br.php>>. Acesso em: 25.abr.2013.

SCHNEIDER, J. F.; CAMATTA, M. W.; NASI, C. **O trabalho em um centro de atenção psicossocial**: uma análise sociológica fenomenológica em Alfred Schütz. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2007 dez;28(4):520-6.. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3129/1720>>. Acesso em 11.set.2013.

SILVA, M. B. B. **Atenção psicossocial e gestão de populações**: obre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. Publicado em Revista de Saúde Coletiva, p.127-150. Rio de Janeiro: PHYSIS, 2005.

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. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011.