

# Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil

## Mental Suffering and Human Person Dignity: the Challenges of Psychiatric Reform in Brazil

**Florisbal de Souza Del’Olmo**

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai – Santo Ângelo, RS, Brasil

**Taciana Marconatto Damo Cervi**

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai – Santo Ângelo, RS, Brasil

**Resumo:** A pesquisa investiga a reforma psiquiátrica no Brasil e os desafios para sua concretização, de modo que, inicialmente, se dedica à compreensão do sofrimento mental buscando o relato histórico das terapias para o enfrentamento da questão. Posteriormente, identifica-se o desenvolvimento da legislação nacional para a proteção da pessoa com sofrimento mental e, por fim, a pesquisa investiga os desafios da reforma psiquiátrica caracterizados pela extinção gradativa dos asilos e hospitais psiquiátricos, pelo oferecimento de atenção e cuidado junto da família e da sociedade, por meio do atendimento oferecido pelos Centros de Atenção Psicossocial.

**Palavras-chaves:** Sofrimento Mental. Reforma Psiquiátrica. Desafios.

**Abstract:** The research investigates the psychiatric reform in Brazil and the challenges for its implementation, so that initially it is dedicated to the understanding of mental suffering seeking the historical account of the therapies to confront the issue. Later, the development of national legislation for the protection of mentally ill people is identified, and finally the research investigates the challenges of psychiatric reform characterized by the gradual extinction of asylums and psychiatric hospitals, by offering care and attention to the family and society, through the assistance offered by the Psychosocial Care Centers.

**Keywords:** Mental Suffering. Psychiatric Reform. Challenges

---

Recebido em: 07/07/2017

Revisado em: 13/11/2017

Aprovado em: 17/11/2017

## **1 Introdução**

As dificuldades de enfrentamento do problema social gerado pelo sofrimento mental remontam tempos imemoriais. A loucura, a tristeza e o profano constituem-se em dimensões do ser humanos que causaram (e causam) exílio, exclusão.

A pesquisa reflete acerca da reforma psiquiátrica e os desafios impostos à sua efetividade. Constitui-se em estudo justificado em razão das crescentes políticas públicas do Estado para a questão e da necessidade de garantir dignidade às pessoas acometidas de qualquer sofrimento mental.

Nesse sentido, o trabalho está dividido em duas partes: na primeira, busca-se esclarecer o que seja sofrimento mental atualmente, situando algumas das principais enfermidades diagnosticadas para, posteriormente, demonstrar o modo como a sociedade tem respondido aos anseios desta população, promovendo tratamentos médicos; na segunda parte do trabalho, a pesquisa se debruça especificamente sobre as circunstâncias brasileiras, abordando o histórico das legislações relacionadas para, ao final, analisar a reforma psiquiátrica no Brasil e sua efetividade. A investigação está orientada pelo método de abordagem dedutivo e pelo método de procedimento monográfico.

## **2 Sofrimento Mental e Vulnerabilidade**

O sofrimento psíquico tem sido compreendido pela sociedade como objeto de intervenção da ciência médica. Nesse sentido, tal sofrimento tem recebido o rótulo de “doença mental”, merecendo diferentes nomenclaturas: loucura, alienação, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico, que têm sido utilizados em diferentes momentos da história.

Fato é que a convivência social da pessoa com sofrimento mental é restrita ou ocorre de forma precária, de modo que aquelas que apresentam transtornos graves ou gravíssimos são excluídas de qualquer convivência e, por isso, apresentam condição especial de vulnerabilidade, isto é, pode ser facilmente ofendido, atacado ou ferido, conforme refere a origem latina da palavra *vulnerabilis*, que causa lesão.

No entendimento de Barchifontaine, o conceito de vulnerabilidade surgiu nos debates bioéticos nos anos 1990 com o susto provocado pelo amplo crescimento da epidemia causada pelo vírus HIV. A partir de então, percebeu-se que, mesmo pessoas economicamente privilegiadas seriam também vulneráveis e passíveis de serem contaminadas. Então, a vulnerabilidade passa a ser identificada por dois modos: como caracterização de situação de fragilidade particular por algumas pessoas e como condição humana universal (2007).

Historicamente, os vulneráveis são compreendidos como as crianças, os senis e os institucionalizados de qualquer ordem, sobretudo os deficientes mentais e físicos que apresentam elevado grau de vulnerabilidade (BARCHIFONTAINE, 2007, p. 77).

Entretanto, a “desrazão” nem sempre foi vislumbrada como motivo de exclusão, não sendo considerado algo negativo. De acordo com Galende e Kraut, na Grécia antiga, ela chegou a ser considerada até mesmo um privilégio. Note-se que filósofos, como Sócrates e Platão, destacaram o aspecto místico da loucura referindo a existência de uma loucura tida como divina, fazendo uso da palavra *manikê* para designar tanto o “divino” como “delirante”. Nesse aspecto, homens privilegiados poderiam acessar as verdades divinas.

Aos poucos a loucura se distancia do místico e na antiguidade clássica, a partir da Renascença, passa a ser vista como representante do mal. É o que se observa na literatura de Erasmo de Roterdã com a obra Elogio da Loucura, que apesar do título consistiu em crítica severa à loucura; na pintura do holandês Bosch, com a Nau dos Loucos, que expõe por meio de personagens grotescos, as vicissitudes humanas. É nesse cenário que, durante a Idade Média, o louco ocupa o antigo espaço dos leprosos, o espaço da exclusão, retirado do convívio social (FOUCAULT, 2008).

A partir do século XVIII, a loucura se torna objeto do saber médico. Surge a nomenclatura doença mental e, a partir da exclusão social, a criação dos hospitais como espaços terapêuticos. Entretanto, segundo Foucault, a medicalização da saúde nos hospitais não se deu no intuito de “[...] uma ação positiva sobre o doente ou a doença, mas simplesmente uma anulação dos efeitos negativos do hospital” (FOUCAULT, 1979).

Nesse aspecto, houve a implementação de medidas disciplinares como a vigilância constante e o registro constante para a efetividade ao tratamento do doente mental e a nova ordem estabelecida (FOUCAULT, 1979).

Nesse período, surge o expoente médico Philippe Pinel (1745-1826), diretor dos hospitais de Bicêtre e da Salpêtrière, responsável pela inauguração dos tratamentos psiquiátricos distantes das correntes, o chamado tratamento moral. Sua teoria era a de que a liberdade de movimentos, por si só, já promovia melhoras aos doentes mentais. A partir de então, inicia-se o processo de cientificação dos tratamentos. Para Foucault (2002, p. 148-149),

[...] foi preciso, por um lado, codificar a loucura como doença; foi preciso tornar patológicos os distúrbios, os erros, as ilusões da loucura; foi preciso proceder a análises (sintomatologia, nosografia, prognósticos, observações, fichas clínicas, etc.) [...] foi preciso ao mesmo tempo codificar a loucura como perigo, isto é, foi preciso fazer a loucura aparecer como essencialmente portadora de perigos.

No período pós-guerra surgem questionamentos quanto ao modelo hospitalocêntrico, apontando para a necessidade de reformulação nos moldes de desinstitucionalização. Nas cidades italianas de Gorizia e Trieste, a experiência de Franco Basaglia (AMARANTE, 1992), um dos principais aspectos desta nova visão está relacionado à desconstrução do conceito de “doença mental”, que dá lugar à percepção de loucura como “existência-sofrimento” da pessoa<sup>1</sup>.

A nomenclatura médica utilizada é a de *transtorno mental*, substituindo outros termos como doença ou enfermidade, no intuito de promover uma abordagem diagnóstica descritiva, isto é, reconhecível pelos sintomas ou comportamentos (OMS, 1993).

No mote do sofrimento como consequência de um transtorno, percebem-se alterações do funcionamento da mente prejudicando a vida familiar, social e afetiva (CLEMENTE, *et al.*, 2011). A OMS apresenta toda

---

<sup>1</sup> Adiante será possível perceber que a reforma psiquiátrica no Brasil foi inspirada na reformulação italiana.

a classificação médica acerca dos transtornos mentais, oriunda não de uma causa determinada, mas de fatores biológicos, psicológicos e, sobretudo, socioculturais (OMS, 1993).

Os transtornos mentais, em geral resultam de muitos fatores, como genéticos, estresse, alterações do funcionamento do cérebro, agressões de ordem física e psicológica, fatores da própria personalidade da pessoa (POLANCZYK, 2009). Assim, são definidos como transtornos mentais, os estados de depressão compreendidos como sentimentos persistentes de tristeza, desânimo, fadiga; os estados de mania, apontados pela irritabilidade, ideias de grandiosidade, atividade aumentada, pensamento e fala acelerados e sono diminuído. A OMS ainda define como transtorno mental a ansiedade exagerada, identificada por um nível de ansiedade elevado, crônico e incessante, os chamados medos irracionais; esse nível demasiado de ansiedade pode originar a síndrome do pânico, caracterizada principalmente pelo medo de estar sozinho em lugares públicos ou originar a fobia social, com o receio de passar por circunstâncias humilhantes ou, ainda, os transtornos obsessivo-compulsivos, caracterizados por ideias e pensamentos repetitivos. Outro transtorno apontado é a esquizofrenia, caracterizada por alucinações auditiva, visual, gustativa ou olfativa (OMS, 1993).

Apesar da breve indicação de transtornos, observa-se que constituem linhas gerais de diagnóstico, de modo que, a partir de questões específicas, o médico identifica transtornos específicos. Nesse sentido, ainda existem muitos desdobramentos dos transtornos suprarreferidos, cada um deles com um código de identificação.

A história apresenta testemunhas da terrível situação a que foram submetidas pessoas com alguma espécie de sofrimento mental. Como já referido, a definição de loucura e sanidade aconteceu em contextos socioculturais bem definidos, de modo que em dadas circunstâncias sequer estava presente transtorno mental, mas mera incompatibilidade de posturas. Nesse aspecto, os alienistas – como eram denominados os médicos psiquiatras – buscavam compreender a loucura a partir de especulações, dada a inexistência de conhecimento científico na área.

Durante muito tempo as pessoas eram simplesmente isoladas da sociedade, o que denota apenas a necessidade de proteger a sociedade de alguém diferente e não a observância do cuidado para com a pessoa com sofrimento mental. Os alienistas, médicos dedicados ao cuidado dos doentes, mesmo quando reformadores e bem-intencionados, como o já referido Phillippe Pinel, conseguiram amenizar em parte as aterrorizantes condições existentes nos asilos para loucos, mas não conseguiam promover tratamentos efetivos e, sequer, atendimento humano e digno.

Trauma encefálico, convulsões e febre alta passaram a ser usados para amenizar distúrbios mentais. Hipócrates foi o primeiro a notar que as convulsões induzidas por malária em pacientes insanos eram capazes de curá-los. Na Idade Média, alguns médicos observaram os mesmos fenômenos após um severo surto de febre, tal como o que ocorreu durante epidemias de cólera em asilos para doentes mentais. Em 1786, o médico Ross observou que pacientes mentais melhoravam após a inoculação com vacina contra a varíola. Além disso, muitos médicos, ao longo dos séculos, notaram que havia poucos epiléticos que também eram esquizofrênicos, e uma teoria biológica sobre a incompatibilidade entre as convulsões e doenças mentais gradualmente se desenvolveu. É conhecido, ainda, que durante muito tempo os médicos foram fascinados com a ideia de tratar doenças mentais e neurológicas usando a eletricidade (GALENDE; KRAUT, 2006).

Entre 1917 e 1935, foram descobertos quatro métodos para produzir choque fisiológico, testados e usados na prática psiquiátrica, no continente europeu: febre induzida por malária, para tratar paresia neurosifilítica; coma e convulsões induzidas por insulina para tratar esquizofrenia; convulsões induzidas por metrazol, para tratar esquizofrenia e psicoses afetivas, e terapia por choque eletroconvulsivo. Ainda, de acordo com Miranda (2014), surge a lobotomia – cirurgia nos lobos frontais do cérebro para a retirada de uma pequena fração, interrompendo as conexões das células anormalmente fixadas.

O advento do tratamento das psicoses usando choque fisiológico aumentou a oposição entre duas escolas de pensamento em psiquiatria: a psicológica e a biológica. A “escola psicológica” interpreta a doença

mental como sendo decorrente de desvios na personalidade, problemas surgidos durante o crescimento, no controle de impulsos internos e a outros fatores originados externamente (MIRANDA, 2014). Esta escola, tipificada pelos psicanalistas, foi fundada por Sigmund Freud (1856-1939) no começo do século XX. O fundador da psicanálise foi responsável pela primeira revolução na terapia científica da loucura com a teoria da mente. A abordagem mostrou-se relevante para os distúrbios mentais de gravidade leve ou média, mas pouco representou de efetivo para o tratamento de doenças mentais mais graves, como as psicoses (MIRANDA, 2014).

A “escola biológica”, ao contrário, considera que as doenças mentais, particularmente as psicoses, são causadas por alterações patológicas, químicas ou estruturais do cérebro. Devido a essas distinções, as abordagens terapêuticas adotadas por cada escola são marcadamente diferentes. O sucesso da terapia por choque, em virtude de, evidentemente, causar alguma alteração drástica no ambiente interno do cérebro e, conseqüentemente, nas funções das células nervosas, foi um forte argumento a favor das causas biológicas de muitas doenças mentais.

### **3 Proteção da Pessoa com Sofrimento Mental no Brasil**

A primeira legislação brasileira relacionada às pessoas com sofrimento mental constituiu-se com o Decreto n. 1.132 do ano 1903. Até então, Britto (2014) refere que as pessoas com sofrimento mental eram trancafiadas em cadeias públicas, o que caracterizava a preocupação exclusiva de garantir paz e tranquilidade à sociedade mantendo a ordem pública. Com esse decreto foram introduzidas questões de grande relevância, como a guarda dos bens dos alienados, a possibilidade de alta, a proibição de mantê-los em cadeias públicas e a inspeção dos asilos feita por comissão determinada pelo Ministro da Justiça. Ainda, fixou as condições necessárias para o funcionamento do asilo, o pagamento das diárias dos doentes, a composição dos trabalhadores do Hospício Nacional e das colônias de alienados (BRITTO, 2004, p. 70).

Nesse ínterim, o autor refere o hospício identificado como o lugar adequado para a destinação da pessoa com sofrimento mental, pois o

tratamento adequado ainda não era motivo de preocupação. Ressalte-se, ademais, a fixação da incapacidade civil da pessoa internada conforme o período dessa internação, passando da indisponibilidade dos bens até a nomeação de um administrador provisório.

Com relação à capacidade jurídica da pessoa com sofrimento mental, o Código Civil, Lei n. 3.071, de 1916, estabeleceu em seu artigo 5º a total incapacidade das pessoas com sofrimento mental. Nota-se a linguagem referida à época: “Art. 5º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente aos atos da vida civil: [...] II – Os loucos de todo o gênero [...]”. Nesse aspecto, note-se a menção ao sofrimento mental como “loucura” e a impossibilidade de distinção entre os tipos e graus de incapacidade, todos eram considerados incapazes de modo absoluto.

Somente a partir do ano de 1934, quando entra em vigor o Decreto n. 24.559, revogando as disposições anteriores, é que se oportuniza atenção à “[...] profilaxia mental, à assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos”.

Segundo Britto, a nova disposição possibilitou o acompanhamento médico e social para os pacientes, determinando que os pacientes poderiam receber tratamento antes, durante e depois das internações. Nesse período, também surge um Conselho determinado para a proteção e prevenção aos psicopatas, gerando assim uma relação entre a psiquiatria e a justiça (BRITTO, 2004).

O decreto também definiu o tratamento domiciliar, permitindo que os doentes pudessem ser cuidados no seio da família ou em outra que não fosse a sua. Fixou também os regimes de internação: regime aberto, regime fechado e misto; a periculosidade da pessoa justifica a internação em regime fechado. Conforme o artigo 21 desse decreto, a alta só é permitida quando o paciente não é considerado perigoso e quando existe alguém que se responsabilize por ele e por seu tratamento. O procedimento da alta envolve um rigoroso controle exercido por diversas instâncias (família, Comissão Inspetora, juiz, direção do estabelecimento). Observa-se, assim, uma comunicação entre a psiquiatria e o direito.



Entretanto, apesar das boas intenções na promoção do bem-estar das pessoas com sofrimento mental, o Brasil tem registros horríveis das situações vividas dentre os muros de instituições psiquiátricas. É o que revela Arbex (2013), quando denomina de holocausto o cenário que descreve em sua obra jornalística. Trata-se da análise do Hospício de Barbacena, Minas Gerais, denominado Colônia, instituído no ano de 1900. Estimava a autora que pelo menos sessenta mil pessoas morreram dentre seus muros por meio do frio, sede, fome e maus-tratos.

De acordo com o psiquiatra italiano Franco Basaglia, que esteve no Brasil em 1979, o referido hospício podia ser comparado a um campo de concentração, conforme referiu em uma coletiva de imprensa: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (ARBEX, 2013, p. 15).

De acordo com Arbex (2013, p. 33-34), os tratamentos de eletrochoque eram aplicados inclusive pelos cozinheiros da instituição, o que causava a morte dos pacientes. Os testemunhos de pessoas que trabalharam no hospício revelam que os cadáveres dos pacientes mortos eram comercializados às instituições de ensino, e quando não mais podiam fazê-lo, os corpos eram derretidos com soda, no pátio da instituição, na frente dos demais pacientes (ARBEX, 2013, p. 183-184).

Os horrores dos hospícios brasileiros fizeram surgir movimentos de luta antimanicomial da década de 1970, a partir da reivindicação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. O movimento reivindicava aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Inicia-se uma greve com duração de oito meses, no ano de 1978, gerando grande repercussão na imprensa. Em 1979 ocorre no estado de São Paulo, o I Encontro Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – movimento que adota a sigla MTSM. As discussões do encontro centraram-se na necessidade de um estreitamento mais articulado com outros movimentos sociais, e em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria que, afinado com o MTSM, propõe trabalhos alternativos de assistência psiquiátrica (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007).

Assim, surge o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MLA constituído por trabalhadores, profissionais, políticos, empresários, usuários e familiares; e como importante articulador de ações coletivas fundadas na solidariedade às pessoas com sofrimento mental. Com esse espírito, é que são iniciados os trabalhos em torno da chamada lei de reforma psiquiátrica. O movimento ganha força quando internacionalmente a luta antimanicomial cresce. A Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos de 1970 e 1980, reconheceu a magnitude dos problemas de saúde mental e admitiu impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Nesse sentido, a indicação de descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007, p. 2.375).

Percebe-se que o avanço dos movimentos de luta antimanicomial promoveu o encontro com a consideração dos interesses da pessoa com sofrimento mental. Na vigência do Código Civil de 1916 aconteceu a denúncia de violação dos direitos humanos de Damião Ximenes Lopes à Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), da Organização dos Estados Americanos (OEA), no ano de 1999.

O Caso Damião Ximenes Lopes *versus* Brasil foi o primeiro caso brasileiro a ser julgado pela CIDH, não que tenha sido o único caso brasileiro, mas o primeiro a ser denunciado à Corte. De acordo com Piovesan, (2006, p. 313):

A ação internacional tem também auxiliado a publicidade das violações de direitos humanos, o que oferece o risco do constrangimento político e moral ao Estado violador, e, nesse sentido, surge como significativo fator para a proteção dos direitos humanos. Ademais, ao enfrentar a publicidade das violações de direitos humanos, bem como as pressões internacionais, o Estado é praticamente “compelido” a apresentar justificativas a respeito de sua prática.

Damião Ximenes Lopes tinha 30 anos quando, em outubro de 1999, foi internado por sua mãe na única clínica psiquiátrica do município de

Sobral, no Ceará. O rapaz apresentava um intenso quadro de sofrimento mental, razão pela qual foi levado por sua mãe, Albertina Viana Lopes, à citada instituição para ter cuidados médicos. A clínica, chamada Casa de Repouso Guararapes, era credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Quatro dias depois, sua mãe foi visitá-lo e o porteiro da Casa de Repouso não quis deixá-la entrar. Mesmo frente ao impedimento colocado pelo funcionário, ela conseguiu entrar e chamar por Damião. O relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos refere que:

Ele [Damião] veio até ela [mãe] caindo e com as mãos amarradas atrás, sangrando pelo nariz, com a cabeça toda inchada e com os olhos quase fechados, vindo a cair a seus pés, todo sujo, machucado e com cheiro de excrementos e urina. Que ele caiu a seus pés dizendo: polícia, polícia, polícia, e que ela não sabia o que fazer e que pedia que o desamarrassem. Que ele estava cheio de manchas roxas pelo corpo e com a cabeça tão inchada que nem parecia ele. (COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, 2004, p. 599)<sup>2</sup>

Diante disso, Albertina procurou ajuda entre os profissionais para providenciarem cuidados ao seu filho. Desse modo, auxiliares de enfermagem deram banho em Damião, enquanto ela conversava com o único médico que estava na instituição. Sem realizar nenhum tipo de exame, ele receitou alguns remédios a Damião e se retirou da Casa de Repouso. A mãe deixou a instituição consternada e quando chegou a sua casa, situada no município de Varjota, recebeu o recado de que haviam telefonado da Casa de Repouso para falar com ela. Algumas horas depois, conseguiu retornar à instituição, quando então soube que seu filho havia morrido. A família pediu que fosse realizada uma necropsia, ao contrário do médico da Casa de Repouso, Francisco Ivo de Vasconcelos, que não havia ordenado a realização do exame. No mesmo dia, trasladaram o corpo de Damião para o Instituto Médico Legal Dr. Walter Porto, onde a necropsia foi feita pelo mesmo médico da Casa de Repouso que concluiu por “morte real de causa indeterminada” (CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, 2006, p. 33).

---

<sup>2</sup> Tradução livre dos autores.

Entretanto, o relatório de nova necropsia identificou sinais e marcas no corpo de Damião que sinalizaram para a prática de tortura.

Para enfrentar a grave situação, a família de Damião ajuizou ação criminal e ação civil indenizatória contra o proprietário da clínica psiquiátrica, e peticionou contra o Estado brasileiro perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, por meio da irmã de Damião, Irene Ximenes Lopes. Posteriormente, a organização não governamental brasileira Justiça Global, que realiza ações para denunciar violações de direitos humanos, entrou no caso como copeticionária.

A CIDH recebeu a petição com as denúncias relacionadas a Damião ainda em 1999 e prontamente o Estado brasileiro foi instado a apresentar suas considerações sobre o caso. Em 2000, novas comunicações da família de Damião foram recebidas e um novo prazo foi dado ao Brasil para que se manifestasse perante as denúncias.

O Estado brasileiro seguiu sem apresentar nenhum comunicado. A CIDH então proporcionou uma última possibilidade de resposta ao Estado brasileiro, após a qual aplicaria o disposto no artigo 42 do seu regulamento vigente (que afirma que, em caso de ausência de manifestação, os fatos apresentados serão considerados verdadeiros). No ano de 2002, considerando a posição da peticionária e a falta de resposta do Brasil, a CIDH aprovou o Informe de Admissibilidade, concluindo que a petição cumpria os requisitos de admissibilidade. Em 2003, o Brasil apresentou, pela primeira vez, uma comunicação sobre o caso. De acordo com o regulamento da CIDH, foi posto à disposição das partes envolvidas um procedimento de solução amistosa. Isso obteve um recebimento positivo por parte da solicitante, que esperava uma proposta do Estado brasileiro. No entanto, não houve nenhuma manifestação nesse sentido. Depois de outros comunicados e respectiva análise dos padrões médicos que devem ser dispensados a pessoas com enfermidades mentais, a CIDH, no ano de 2003, concluiu que, no caso de Damião, o Estado brasileiro foi responsável:

Pela violação ao direito à integridade pessoal, à vida, à proteção judicial e às garantias judiciais consagradas nos artigos 5, 4, 25 e 8 respectivamente, da Convenção Americana, devido à hospitalização de Damião Ximenes Lopes em condições inumanas e degradantes,

às violações de sua integridade pessoal, a seu assassinato; e às violações da obrigação de investigar, o direito a um recurso efetivo e às garantias judiciais relacionadas com a investigação dos fatos. A Comissão concluiu igualmente que em relação à violação de tais artigos o Estado violou igualmente seu dever genérico de respeitar e garantir os direitos consagrados na Convenção Americana a que se refere o artigo 1(1) de dito tratado. (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 2004, p. 587)

Note-se que o fato de Damião ter um transtorno mental e a demora da justiça brasileira nos processos criminal e cível ajuizados pela família, constituíram-se nos principais aspectos da sentença. Isso significa que, no caso de pessoas com algum tipo de deficiência, o Estado não deve somente impedir violações, mas deve ter medidas positivas adicionais de proteção que considerem as peculiaridades dos casos.

Ao final, a Corte determinou ao Brasil o dever de reparar tanto moral quanto materialmente a família Ximenes, pelo pagamento de indenização e outras medidas não pecuniárias. Deste modo, o Brasil foi condenado a investigar e identificar os culpados da morte de Damião em tempo razoável e promover programas de formação e capacitação para profissionais de saúde, especialmente médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, bem como para todas as pessoas vinculadas ao campo da saúde mental (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, 2006).

A petição da família Ximenes Lopes, conforme antes citado, não apenas foi o primeiro caso admitido e julgado pela Corte, como também originou a primeira condenação do Estado brasileiro perante o sistema interamericano. Diferentemente de outros países da América Latina, o Brasil não costuma ter muitos casos de denúncias ante a Corte, demonstrando provavelmente um baixo conhecimento do sistema regional no País.

Outro aspecto importante é que a sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos no caso de Damião Ximenes foi a primeira a abordar o tratamento cruel e discriminatório dispensado às pessoas com transtornos mentais. Ao reconhecer a situação de vulnerabilidade a que estão submetidas essas pessoas, a Corte amplia a jurisprudência internacional e

fortalece, no âmbito nacional, as ações das organizações do Movimento da Luta Antimanicomial, que visam denunciar as violações de direitos humanos em instituições psiquiátricas.

Nesses rumos, surgiu o Código Civil de 2002, Lei n. 10.406/2002, com diversas alterações concernentes à capacidade jurídica. A partir do paradigma da incapacidade absoluta do Código de 1916, o legislador passa a considerar o grau de incapacidade e de discernimento para enquadrar as pessoas com sofrimento mental como relativa ou absolutamente capazes, podendo ser inclusive capazes. De acordo com o artigo 3º, consideram-se absolutamente incapazes as pessoas que não tiverem o discernimento necessário para os atos da vida civil, e no artigo 4º dentre os relativamente capazes as pessoas com discernimento reduzido (BRASIL, Lei n.10.406/02).

Com isso, passa-se a considerar que o sofrimento mental não gera, necessariamente, a completa incapacidade ocasionando exclusão da pessoa dos atos civis. O campo jurídico passa, então, a considerar a perícia médica como auxiliar na determinação da incapacidade para os casos de interdição. Entretanto, a proteção dos interesses da pessoa com sofrimento mental sofre alteração significativa com a entrada em vigor no ano de 2016 da Lei n.13.146/2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. Conforme o artigo 1º, a referida lei está destinada a “[...] assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania” (BRASIL, Lei n.13.146/2015).

Essa lei altera sobremaneira a capacidade das pessoas com deficiência, sobretudo das pessoas com sofrimento mental, considerando-as plenamente capazes, conforme consta no artigo 84, “[...] a pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas [...]”, de modo que a curatela surge em casos excepcionais, de acordo com o parágrafo 1º do artigo 84, após realização da avaliação biopsicossocial da deficiência realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, conforme refere o artigo 2º, parágrafo 1º (BRASIL, Lei n.13.146/2015).

A partir de todo o considerado acima, em último passo, refere-se a mais recente modificação legislativa relacionada à capacidade jurídica: a Lei n. 13.146/15 altera os artigos 3º e 4º do Código Civil de 2002. O denominado Estatuto da Pessoa com Deficiência retira do rol de incapazes todas as pessoas com sofrimento mental: todas são consideradas capazes e qualquer restrição desejada pela família depende de ação judicial movida nesse interesse. Nesse diapasão, referem Carvalho e Weigert (2013, p. 288):

Negar ao portador de sofrimento psíquico a capacidade de responsabilizar-se pelos seus atos é uma das principais formas de assujeitamento, de coisificação do sujeito. Entender o portador de sofrimento psíquico como sujeito implica assegurar-lhe o direito à responsabilização, situação que produzirá efeitos jurídicos compatíveis com o grau ou o nível que esta responsabilidade *sui generis* pode gerar.

Considerar a pessoa com sofrimento mental responsável por seus atos constitui-se em um interessante desafio para a própria sociedade que vislumbra o outro como um igual. Entretanto, ainda é cedo para ponderar os benefícios e os prejuízos decorrentes desse novo paradigma. Inicialmente, a tentativa de inclusão com a consideração de capacidade plena pode gerar um agravamento dos riscos dado que, por exemplo, negócios jurídicos realizados não podem ser anulados quando houver prejuízo para a pessoa com sofrimento mental e que não tenha discernimento para os atos da vida civil.

#### **4 Reforma Psiquiátrica no Brasil – Conquistas e Desafios**

A partir da exposição dos abusos cometidos nas casas psiquiátricas surgiram os movimentos de luta antimanicomial que propagaram a ideia de mudança, alimentando as discussões em torno da reforma psiquiátrica.

Os preceitos do artigo 3º da Constituição Federal de 1988, de viabilização de uma sociedade justa, erradicando desigualdades e promovendo o bem-estar de todos, instituíram o dever do Estado de promover os direi-

tos das pessoas com sofrimento mental. Ainda, a compreensão dos artigos 196 e 227, §1º, nos quais há menção à saúde e à competência do Estado para a promoção de programas de assistência às pessoas com sofrimento mental e sua inclusão, o que implica em investimentos possíveis por meio da arrecadação de impostos. Nesse ínterim, o desafio da complexidade implica ao Estado administrar a arrecadação, utilizando-a em políticas públicas para o bem-estar de todos.

Essa compreensão surge do pensamento de Morin (2001, p. 14), para quem

[...] existe complexidade, de fato, quando os componentes que constituem um todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico) são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes.

Percebe-se que para o desenvolvimento é preciso de uma rede onde os componentes, mesmo independentes, são indispensáveis, contribuindo de modo interligado para a ação conjunta, no mote do bem-estar da pessoa com sofrimento mental.

A mudança central é considerar a pessoa com diagnóstico de sofrimento mental como verdadeiro sujeito de direitos, e não como um objeto de intervenção do laboratório psiquiátrico-forense. Nota-se, inclusive, ao longo do percurso trilhado pela antipsiquiatria e pelo movimento antimanicomial,<sup>3</sup> a importância terapêutica de que o sujeito com sofrimento psíquico seja visto como responsável, tanto quanto aos seus atos passados, quanto pelo processo de tratamento e pelo seu futuro (CARVALHO; WIGERT, 2013).

---

<sup>3</sup> São identificados como os atores da reforma psiquiátrica nas décadas de 1970 e 1980, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, responsável pela reflexão e divulgação das práticas transformadoras em psiquiatria; a Associação Brasileira de Psiquiatria, por estar preocupada com a evolução científica em psiquiatria; a Federação Brasileira de Hospitais e a indústria farmacêutica, que divulga o desenvolvimento de medicamentos específicos para os transtornos mentais (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2006, p. 404).



Com a aprovação da lei da reforma psiquiátrica, Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, foi garantida a progressiva extinção dos manicômios e sua substituição por outras soluções assistenciais, ultrapassando o modelo hospitalocêntrico.

As internações desprovidas de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros recomendados ao doente, tendo como características “instituições asilares”, foi proibida pela referida lei, sendo então vedada a internação em instituições que não garantam aos pacientes os direitos previstos em lei:

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

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Nota-se uma ruptura do paradigma médico com a atribuição de um novo lugar social para o sofrimento mental por meio do modelo psicos-

social de cuidado que propõe fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais para a determinação do transtorno/sofrimento mental. A partir disso, a proposta é a inclusão da família no cuidado e nas terapias, não mais exclusivamente medicamentosas. Busca-se também uma atuação multiprofissional com organização horizontal com participação popular e com descentralização, ao encontro de uma dimensão ética (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Portanto, pode-se observar que os princípios da integralidade da atenção e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações foram seguidos princípios esses que orientam as ações do Modelo Psicossocial de Cuidado. Assim, a lei salienta os direitos de pessoas com sofrimento mental, para que obtenham junto ao Estado o acesso ao melhor tratamento e, que seja digno com o objetivo exclusivo de beneficiar sua saúde para que possa ser reinserido socialmente. Outro direito referido nesta lei é a presença médica para explicar detalhadamente sobre a doença e o tratamento que o portador de transtorno psíquico vai receber, bem como se faz necessária internação ou não.

Assim, a internação deve ser indicada quando outros meios extra-hospitalares forem insuficientes, assegurando a internação em locais providos de estrutura adequada, como em leitos de hospitais gerais, com serviços médicos, assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. Proibida a internação em lugares com características asilares, que são lugares desprovidos de estrutura e dignidade.

Em razão de a internação ocorrer em último caso, tem-se a Lei n. 10.708/2003, que trata da inserção, tratamento e auxílio financeiro da pessoa com sofrimento mental para que ela possa conviver em sociedade. Trata-se da instituição do programa “De volta para casa”, que foi criado e é coordenado pelo Ministério da Saúde para a reintegração social das pessoas egressas de internações que incluem o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. De acordo com os artigos 2º e 3º dessa lei, o valor benefício é somente para egressos de internação, ou permanência em serviços residenciais terapêuticos, de um período igual ou superior a dois anos, que a pessoa com sofrimento mental possa receber tratamento

de outras formas, que não a de internação, podendo este fazer parte de um programa de ressocialização, tanto por sua vontade como por seu representante legal expressamente. O benefício é suspenso quando a pessoa for novamente internada ou vier a falecer.

Ao referir as Residências Terapêuticas, a lei menciona as casas, locais de moradia para as pessoas que permanecem em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de voltar às suas famílias de origem: esses residenciais terapêuticos são úteis para o processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.

Contudo, deve também ser garantido ao beneficiário atenção continuada na rede de saúde local ou regional. Como no caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) que funcionam em âmbito municipal com objetivo de oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Tais centros permitem acompanhamento constante das pessoas com sofrimento mental, sendo acolhidas e atendidas em suas comunidades, o que fortalece os laços sociais em seu território e perto da família. Tudo isso, constitui-se em *conditio sine qua non* para a efetividade do tratamento.

Por derradeiro, é possível perceber que os desafios para a efetividade da reforma psiquiátrica no Brasil estão relacionados ao Estado e aos municípios em manter toda a rede de atenção às pessoas com sofrimento mental para o bom funcionamento dos CAPs, para que realmente a internação seja a última medida. O desafio também se estende às famílias que devem prestar apoio ao seu familiar com sofrimento mental, participando do tratamento e garantindo acompanhamento, que simboliza muito para o paciente. Sobretudo, a efetividade da reforma depende do comprometimento da sociedade que deve reaprender o sentido da alteridade, percebendo na pessoa com sofrimento mental alguém sensível, capaz e merecedor de respeito, um sujeito de direitos.

## **5 Conclusão**

A história revela que, por meio da contenção hospitalocêntrica, foi segregada imensa quantidade de pessoas, loucos, toxicodependentes, a juventude, adultos tristes e crianças sem família. A clientela da segregação parece ser sempre a de pessoas vulneráveis, já abandonadas pela família e pela sociedade, entregues ao submundo da internação.

O gesto mítico de Pinel soltar os loucos das correntes introduz a ideia da cientifização dos tratamentos. O Brasil, tardiamente, mas oportunamente, iniciou o processo de mudança com a Lei n. 10.216/2001, proibindo a internação em instituições asilares e instituindo os hospitais gerais como último recurso de internação. Aliado a isso, surgem os CAPs como instituições de acompanhamento multidisciplinar, que oferecem terapias diversas em sociedade e perto da família do paciente. Por outro lado, por meio da Lei n. 10.708/2003 tem-se a reinserção da pessoa com sofrimento mental na família e na sociedade, com os programas de auxílio, inclusive financeiro.

No Brasil, a denúncia à Corte Interamericana de Direitos Humanos do caso Damião Ximenez faz surgir, de modo verticalizado, as políticas públicas em saúde mental com a respectiva condenação do País. Não pode ser olvidado que o caso referido não foi o único de maus tratos em clínicas de tratamento, mas pelo destaque que obteve em âmbito internacional, constituiu-se em marco para a criação de leis que garantissem os direitos e a inserção da pessoa com sofrimento mental na sociedade.

Assim, os desafios para a efetividade da reforma psiquiátrica estão relacionados ao Estado, que deve se manter comprometido para a inclusão da pessoa com sofrimento mental e que os tratamentos oferecidos vislumbrem o interesse da pessoa a que se destina a assistência, e no sentido de que a internação se constitua de fato, em última medida; à família, que deve ser o pilar de sustentação do tratamento, cujo envolvimento aumenta as chances de êxito do tratamento; o desafio, ainda, diz respeito a toda a sociedade que, ao vislumbrar no outro a diferença, seja capaz de considerar seu valor na construção de uma sociedade plural que garanta a paz.

## Referências

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

ASSIS, Machado de. **O alienista e outros contos**. São Paulo: Moderna, 2005.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Vulnerabilidade e cuidados. *In*: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: São Camilo, 2007. p.77-92. (Bio&Ética)

BRASIL. **Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm)>. Acesso em: 14 set. 2015.

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. Reflexões iniciais sobre os impactos da Lei 10.216/01 nos sistemas de responsabilização e de execução penal. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, set. 2012/fev. 2013.

CLEMENTE A. S. *et al.* Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 555-564, mar., 2011.

CORDIOLI, Aristides Volpato. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: um caso de parricídio do século XIX**. Traduzido por Denize Lezan de Almeida, 1979.

\_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica**. Traduzido por José Teixeira Coelho Netto. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

\_\_\_\_\_. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GALENDE, Emiliano; KRAUT, Alfredo Jorge. **El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura**. Brasília: ESMPU, 2008.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 399-407, 2006.

MATTOS, Virgílio de. Direito à diferença e à proteção jurídica das minorias: para o portador de sofrimento mental infrator é necessário implementar a proteção contra as leis que dizem protege-lo. *In*: JUBILUT, Liliana Lyra *et al.* **Direito à diferença**. São Paulo: Método, 2007. p. 403-418. v. 2.

\_\_\_\_\_. Do cansaço. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 129-145, mar.-ago. 2013.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. Terapias biológicas e a prática da lobotomia nos hospitais psiquiátricos de Pernambuco na primeira metade do século XX. **Seculum – Revista de História**, João Pessoa, v. 31. jul.-dez. 2014.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Traduzido por Eloá Jacobina. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2.375-2.384, out., 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

POLANCZYK, Guilherme V. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, RS, v. 31, 2009.

SANTOS, Darlan Machado. A cidadania moderna brasileira: uma reflexão dos desafios da emancipação dos direitos do homem como cidadão. **Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas**, [S.l.], v. 10, n. 14, p. 13-30, abr. 2010.

---

**Florisbal de Souza Del’Olmo** é graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1966) e em Ciências Jurídicas e Sociais pela Faculdade de Direito de Santo Ângelo (1987). Especialista em Educação pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (1986) e em Direito pelo Instituto Superior de Ensino de Santo Ângelo (1996). Mestre em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999), doutor em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2004) e pós-doutor em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (2008). Atualmente, é Professor do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado e Doutorado em Direito e da Graduação; sendo professor titular da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) e professor convidado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

*E-mail*: florisbaldelolmo@gmail.com.

Endereço profissional: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI Campus de Santo Ângelo. Rua Universidade das Missões, 464, Universitário – Santo Ângelo, RS – Brasil. CEP: 98802-470.

**Taciana Marconatto Damo Cervi** é aluna do programa de doutorando em Direito da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Direito. Professora do Curso de Direito da URI *Campus* de Santo Ângelo. Assessora técnica do Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos no mesmo campus. Trabalha com Direito Civil e Biodireito.

*E-mail*: taciana@san.uri.br.

Endereço profissional: Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Santo Ângelo. Av. Universidade das Missões, 464 – Santo Angelo, RS – Brasil. CEP: 98802-000.

