

A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NO AMPARO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

VIOLATION OF HUMAN RIGHTS IN SUPPORT OF MENTAL HEALTH IN BRAZIL

Fernanda Silveiro de Melo¹

Mylena Seabra Toschi²

RESUMO

Este artigo trata da violação dos direitos humanos no amparo à saúde mental no Brasil. Por meio de levantamento histórico bibliográfico percebe-se o vínculo do imaginário sobre o doente mental no Brasil, atrelado à personificação de um quase humano, não detentor de direitos básicos. Com o estudo das políticas públicas de saúde mental percebe-se o caminho da humanização do atendimento a essas pessoas e a ligação imprescindível de oferta de amparo em saúde mental e o respeito aos direitos humanos. O artigo finda com a apresentação de recentes mudanças nas regulamentações das políticas públicas em saúde mental que são preocupantes por estímulo do amparo no modelo manicomial, que fere drasticamente os direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Mental. Direitos Humanos. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This article deals with the violation of human rights in support of mental health in Brazil. Through a bibliographical historical survey we can see the link of the imaginary about the mentally ill in Brazil, linked to the personification of a quasi-human, not holding basic rights. With the study of public policies on mental health, one can see the path of humanization of care to these people and the indispensable connection of offering protection in mental health and respect for human rights. The article concludes with the presentation of recent changes in public policy regulations on mental health that are of concern for stimulating support in the asylum model, which drastically hurts human rights.

KEYWORDS: Mental Illness. Human rights. Public policy.

¹ Graduanda do Curso de Bacharelado na Faculdade Raízes. Anápolis, Goiás, Brasil.

² Professora da Associação Educativa Evangélica (AEE). Mestre em Educação, Linguagem e Tecnologias pelo IELT/UEG e doutoranda em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás. E-mail: mstoschi@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Historicamente os indivíduos com doenças mentais no Brasil sofreram tratamentos desumanos. Logo, buscou-se romper com o modelo tradicional de prestar cuidado a esses indivíduos. O amparo a essas pessoas sempre foi marcado pelo encarceramento, pela exclusão e desumanidade.

Acompanhou a abertura democrática no Brasil a construção de movimentos em prol dos direitos humanos no amparo a saúde mental, construindo elementos nas políticas públicas brasileiras que primassem pela efetivação dos cuidados a pessoas com transtornos mentais, em um processo de construção de um modelo que compreendesse estes sujeitos como seres humanos.

Esta pesquisa, por meio de estudo bibliográfico buscou compreender as relações entre as políticas públicas de amparo a saúde mental e os direitos humanos. O trabalho organizou-se em três partes. A primeira apresenta um histórico acerca do amparo a saúde mental no Brasil e o seu rastro de desumanização e violência; a segunda parte apresenta as políticas públicas e a relação com os direitos humanos; e a terceira parte apresenta os novos desafios materializados por alterações recentes nas políticas públicas de saúde mental.

Neste trabalho refletiu-se sobre a importância do respeito aos direitos humanos no tocante à saúde mental.

O Histórico do amparo à saúde mental no Brasil A história dos primeiros hospitais psiquiátricos do Brasil

Na idade média as pessoas portadoras de doenças mentais eram, segundo Millani (2008), chamados de loucos alienados, pessoas consideradas apenas estorvos para a sociedade não havendo nenhum amparo do estado com a sua condição.

Já no Brasil, o foco do Império de 1850 era solucionar o problema do incômodo que as doenças mentais traziam as pessoas. Não era aceito que esses indivíduos ficassem nas ruas, tanto por medo do desconhecido quanto pelo preconceito (MILLANI, 2008).

Durante o Império a ação do Estado relativa à saúde mental era a de

propiciar condições de retirar essas pessoas da sociedade, isolando-as do convívio social, sem o propósito de tratamento. Esses indivíduos eram entregues pelos próprios familiares, tomados pelo preconceito e vergonha e por acharem que não eram capazes de dar os cuidados a esses doentes mentais (MACIEL; BARROS; SILVA; 2009).

Por muito tempo não havia médicos ou outros profissionais que se ocupassem em descobrir o que acontecia na mente daqueles sujeitos. A compreensão acerca da doença mental compreendia o universo do sobrenatural contribuindo para que a loucura fosse conceitualizada como o oposto à razão, à perda do juízo, desordem completa do pensamento, o domínio das paixões e tantos outros adjetivos que colorem essa doença que aflige o homem desde tempos imemoriais. Foucault (1970), afirma que durante os séculos XV a XIX, o discurso sobre a loucura era usado como um instrumento de poder, isolamento e punição. “Existe em nossa sociedade outro princípio de exclusão: não mais a interdição, mas uma separação e uma rejeição. Penso na oposição razão e loucura” (FOUCAULT, 1970, p.10). Esse discurso foi sendo ressignificado e o seu sentido atualizado ao longo da história, tanto por pessoas comuns quanto pelos próprios doutores da lei. Discurso esse com uma carga negativa e pejorativa em relação ao sujeito portador da doença, como sendo um perigo para a sociedade.

É marco no tratamento aos doentes mentais no Brasil a tese de Silva Peixoto, somente em 1837, sobre o amparo a esses indivíduos a partir de uma forma clínica, trazendo uma visão diferente sobre o que ocorria com aqueles indivíduos e provocando interesse da classe médica acerca do assunto.

Assim, o crescimento do interesse sobre a questão fez com que o primeiro hospital clínico (Santa Casa da Misericórdia) fosse criado, que tinha como objetivo cuidar da saúde em geral de todos aqueles do império brasileiro. Também ficou obrigado dos cuidados dos doentes mentais originando uma ala específica para os próprios. Parece pouco, mas para aquela época já se tornou um meio mais agradável do que as prisões que eram mantidos, mas infelizmente somente esta ala, não estava suprimindo a necessidade tanto dos médicos, quanto dos pacientes (CSCHF, 2019).

Como descreveu Jose Lemos Lopes (1965),

A Santa Casa [...] era obrigada a guardar em suas enfermarias os doentes mentais ou a trancafiá-los quando agitados em seus porões. Experimentara colocar algumas mulheres num pavilhão anexo a lavanderia geral, que construira na Chácara do Vigário Geral, do Caminho das Fortalezas da Praia Vermelha. Parecera vantajosa a experiência a José Clemente Pereira, que julgava inadequado, mais do que isso injusto e impróprio, o sistema de reclusão, a que era obrigada a Santa Casa, tornando difícil e mesmo impossível a cura de uma mente enferma. (LOPES, 1965, p.117-130).

Foi assim que se começou o movimento de criação de um hospital próprio para abrigar os doentes mentais, preparado e montado de forma adequada para a época. Era o Hospício de Pedro II, tendo o seu nome em homenagem ao imperador do Brasil.

Antes mesmo da sua construção já era conhecido e aclamado como um grande avanço dentro da medicina brasileira. Tinha como objetivo disciplinar seus pacientes, como recurso de tratamento defendido pelos especialistas da época, que acreditavam que iria deixá-los mais próximo da cura, adotando o tratamento focado na moral dos pacientes, impondo regras e normas (LOPES, 1965).

A autora Monique de Siqueira Gonçalves constatou que

a convicção de que os doentes mentais deveriam ser tratados em separado dos demais doentes, assim como a compreensão de que o contato com pessoas sãs era prejudicial tanto para a sociedade, que se via exposta ao perigo de um ataque de fúria, como para o tratamento médico dos próprios alienados, que ficavam expostos às represálias de elementos da sociedade, também foram salientados pelo médico francês naturalizado brasileiro, Joseph François Xavier Sigaud, na obra *Du climat et des maladies du Brésil*, tais como os motivos primordiais para a edificação de um estabelecimento especializado. Nenhuma referência teórica foi acionada explicitamente por Sigaud nesse trabalho, apesar de o seu discurso estar fortemente permeado pelas ideias defendidas desde os primórdios do século XIX por alienistas europeus, de que seria somente sob cuidados especiais do médico especialista e submetidos ao isolamento terapêutico que os indivíduos acometidos pela loucura poderiam recobrar a razão. (GONÇALVES, 2013, p 63)

Na década de 60 inicia-se uma nova fase na psiquiatria com o desenvolvimento dos primeiros neurolépticos. Segundo Piccinini (2016), os remédios foram criados na intenção auxiliar no tratamento dos doentes mentais. Eles ajudariam no controle e na calma dos pacientes, facilitando o trabalho dos médicos e dos cuidadores, que tinham uma grande dificuldade em controlar os pacientes. Quando os médicos perceberam os efeitos dos remédios, logo se interessaram por encontrar e

criar novos remédios que suprissem ainda mais suas necessidades no que se tratava do controle dos pacientes. Anos depois do surgimento do primeiro remédio já havia outros incontáveis, para diferentes problemas mentais que os médicos já haviam descoberto.

Piccinini (2019) afirma que

Quem visitasse as enfermarias de pacientes psicóticos em Clínicas, Hospitais e Unidades dentro de Hospitais Gerais até o começo dos anos 60 (1960) iria encontrar ambientes semi-destruídos, vidros quebrados, móveis em estado precário, camas de ferro presas no chão, roupas rasgadas, má higiene e outros problemas advindos da destrutividade de pacientes psicóticos. Tudo começou a mudar depois da introdução dos antipsicóticos. Os pacientes ficaram tratáveis, pode florescer a praxiterapia e diminuíram os gastos de manutenção física dos prédios e/ou Unidades de tratamento. Mais médicos se interessaram pela psiquiatria, houve o desenvolvimento de Cursos, de treinamento, novas profissões como a Psicologia, assistência social, Terapia Ocupacional e outras puderam se aproximar e auxiliar no tratamento do doente mental. (PICCININI, 2019)

O avanço da psiquiatria e da neurologia com a produção dos neurolépticos não representou, no Brasil, uma ruptura com o método de tratamento dispensado aos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos. A psiquiatria brasileira, embora contasse com os recursos medicamentosos, era ainda guiada por princípios higienistas. As ações higienistas buscavam a adaptação e ajustamento do indivíduo a um padrão rígido de normalidade, não observando as características individuais. Assim, o modelo brasileiro continuava sendo de controle, isolamento e exclusão social por doentes mentais. Os antipsicóticos colaboraram de fato, fazendo os pacientes mais tratáveis, mas a realidade brasileira do amparo à saúde mental continuava a ser de encarceramento, exclusão, punição e desumanidade.

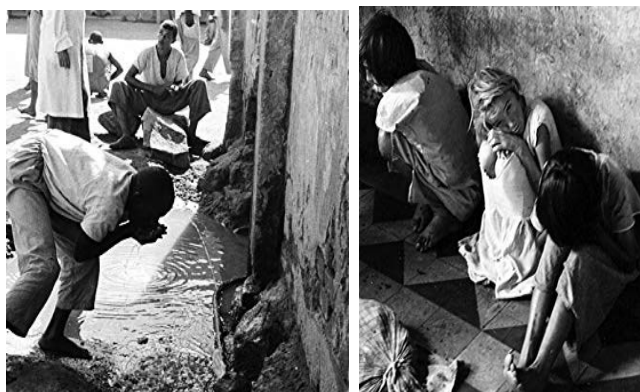
Nas décadas de 60 a 80 o amparo a saúde mental brasileira ficou marcada pelo descaso e a crueldade, com a conivência do Estado, durante a época da ditadura que aconteceu entre os anos de 1964 a 1985.

A história do Hospital Colônia de Barbacena, administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHMIG), e denunciada internacionalmente no processo de abertura política, é um marco da luta pelos direitos dos doentes mentais ao retratar a forma cruel e desumana que eram tratados e vistos pela sociedade brasileira. Somente neste hospital psiquiátrico, de 1930 a 1980, 60 mil pessoas foram mortas sobre o amparo do Estado e suas políticas de saúde mental.

Quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou, em 1979, o Hospital Colônia, o maior hospital psiquiátrico do Brasil na época, declarou em uma coletiva de imprensa que tinha visitado um campo de concentração nazista. Muitos elementos nessa história lembram o que acontecia com as vítimas do Nazismo. Um deles é o fato de as pessoas eram enviadas para o hospital em um trem de carga, assim como os judeus eram levados para os campos de concentração durante a Segunda Guerra. O trem que os levava para o Colônia ficou conhecido como “trem de doido”.

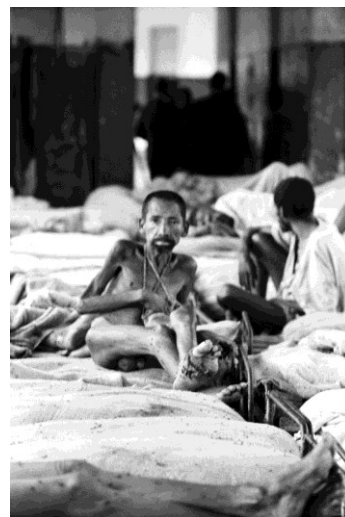
As pessoas que eram enviadas para o hospital, a maioria à força, nem precisavam ser diagnosticadas com algum transtorno mental. Estima-se que 70% dos pacientes não sofriam com nenhuma doença do tipo. Eram crianças rejeitadas pelos pais por mau comportamento ou algum tipo de deficiência; filhos tidos fora do casamento; mulheres estupradas pelo patrão ou algum homem importante na época, com dinheiro suficiente para esconder o crime; epiléticos; alcoólatras; homossexuais. Tudo era motivo para enviar pessoas ao hospital (ARBEX, 2013). Esse fato evidencia o caráter higienista da psiquiatria brasileira e a própria visão do doente mental na sociedade: um ser quase humano em função da sua desadaptação.

Os pacientes internados no Colônia eram submetidos a todo tipo de tortura: eram violentados, passavam frio e fome. Nem roupas eram fornecidas para os pacientes, que andavam quase nus. Poucos conseguiam alguns trapos para se vestir. Em noites de frio, chegaram a ser registradas 60 mortes. As pessoas morriam de frio. Comer ratos e beber água de esgoto era a única chance de sobrevivência. As pessoas acabavam morrendo e seus corpos eram vendidos para faculdades de medicina na época. Tudo com a conivência do Estado (ARBEX, 2013).



Fonte: ARBEX, 2013.

O que os pacientes viveram dentro dos muros desse hospital foi de uma crueldade inimaginável e, apesar do Estado tentar esconder de todas as formas possíveis, os ex-funcionários e vários fotógrafos, historiadores e até mesmo ex-pacientes não deixaram a sociedade esquecer. O livro *Holocausto Brasileiro* conta, através dos olhos de Daniela Arbex (2013), a triste história de um hospital que parecia mais um campo de concentração que um lugar feito para cuidar de alguém, revelando a verdadeira tragédia que se configurou o amparo a saúde mental no Brasil.



Fonte: ARBEX, 2013.

Segundo depoimentos, o uso de eletrochoques era recorrente, como estratégia de controle e ferramenta de tortura. Esse modelo de tratamento utilizado no Hospital Colônia não divergia do executado em outros hospitais do país, somente representa a violenta tragédia histórica do amparo a saúde mental no Brasil.

Testemunha do holocausto, o médico Ronaldo Simões Coelho, oitenta anos, garante que, de perto, o horror era ainda maior. — A coisa era muito pior do que parece. Havia um total desinteresse pela sorte. Basta dizer que os eletrochoques eram dados indiscriminadamente. Às vezes, a energia elétrica da cidade não era suficiente para aguentar a carga. Muitos morriam, outros sofriam fraturas graves. Ronaldo foi contratado pelo Estado, em 29 de julho de 1971, como psiquiatra. Também foi secretário-geral da recém-criada Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica, substituída, em 77, pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. (ARBEX, 2013, p.31)

Mesmo com a comprovação das violências cometidas neste hospital, não houve qualquer punição aos envolvidos (ARBEX, 2013).

Cabe aqui refletir sobre a forma de enfrentamento à doença mental na história da psiquiatria brasileira. Na perspectiva de retirar os doentes mentais da

sociedade para impor-lhes algum tratamento, ou simplesmente do convívio por não haver possibilidade de cura, essas pessoas foram enclausuradas em asilos e hospitais psiquiátricos por longos períodos, algumas passaram a residir nesses locais. Nos momentos de crise ou surto, a centralidade era estabilizar a doença através da aplicação de sedativos e permanência nos hospitais, em que eram tratados de forma desumana, como possíveis agressores perigosos. Nesta concepção, a centralidade se encontra na doença e como controlar os sintomas, não se observam os contextos que envolvem a vida desses indivíduos (AMARANTE, 2007).

Pode-se afirmar que no Brasil, a história da assistência psiquiátrica nos hospitais públicos, “mais do que a oferta de tratamento disciplinar, laborterapia, eletrochoques e psicofármacos, prevaleceu o abandono” (SCHERCHTMAN; ALVES, 2014, p. 35).

A reforma na psiquiatria brasileira

Após esse trágico momento da história da psiquiatria brasileira rodeada de violência e diante desse contexto de centralidade na doença (sem observação de que há um indivíduo com desejos, família, afetos, hábitos e necessidades diversas), de hospitalização e maus-tratos, não considerando que essas pessoas têm sentimentos e são sujeitos cidadãos, um grupo de profissionais passou a denunciar as condições insalubres de vida daquelas pessoas. Essas condições insalubres também geravam más situações de trabalho devido à falta de higiene dos referidos locais. Desse momento de indignação surgiu o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que ganhou visibilidade a partir de 1978, em pleno processo de abertura política, no Congresso de Psiquiatria de Camboriú, em Santa Catarina, com a bandeira de luta por humanização da assistência à saúde, denúncia das más condições de atendimento nos hospitais, alto custo do serviço privado e das péssimas condições de trabalho (SANTOS et al, 2018).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), juntamente com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) iniciaram uma jornada em busca de novas técnicas para o tratamento dos pacientes, respeitando os direitos dos indivíduos. Médicos que faziam parte desse novo movimento se interessavam agora por novas formas que poderiam trazer benefícios a seus pacientes.

Ganhava corpo o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, com a perspectiva de mudar o contexto de atendimento em saúde mental para centralidade na pessoa e na construção de condições para o bem-estar biopsicossocial.

A reforma psiquiátrica brasileira, impulsionada a partir do início da década de 1980, propõe um modelo de atenção centrado nos serviços comunitários para substituir a internação hospitalar, seguindo as mesmas orientações das políticas de saúde mental encontradas no cenário internacional (JORGE; CARVALHO; SILVA, 2014, p. 9).

Depois do ano de 1980 surgiram também vários movimentos de luta contra a violência médica dentro dos hospitais psiquiátricos. Foram organizados alguns encontros pelo MTSM, Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, para que estas questões fossem discutidas e resolvidas já que mesmo com algumas mudanças continuavam a atingir várias pessoas pelo Brasil que se encontravam na condição de doentes mentais.

Com a ignorância e a falta de respeito com alguém diferente de si, muitos funcionários e médicos, ainda permitiam ou faziam com que seus pacientes perdessem a sua dignidade humana através de violência e da indiferença. Um povo que de forma cruel, via pela primeira vez outras pessoas lutando para que enfim houvesse justiça que seus direitos fossem respeitados.

Os autores Paulo Amarante e Mônica de Oliveira Nunes contaram que

O II Encontro enfatiza a proposta de ‘uma sociedade sem manicômios’, lema proposto pela Rede de Alternativas à Psiquiatria, após realização de importante encontro em Buenos Aires, em 1986, do qual participam alguns dos mais importantes membros internacionais (Robert Castel, Felix Guattari, Franco Rotelli, Franca Basaglia). “Por uma sociedade sem manicômios” revela duas transformações significativas no movimento. Uma, que diz respeito à sua constituição, na medida em que deixa de ser um coletivo de profissionais para se tornar um movimento social, não apenas com os próprios “loucos” e seus familiares, mas também com outros ativistas de direitos humanos. Outra, que se refere à sua imagem-objeto, até então relativamente associada à melhoria do sistema, à luta contra a violência, a discriminação e segregação, mas não explicitamente pela extinção das instituições e concepções manicomialistas. A partir de então se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). (AMARANTE E NUNES, 2018, online).

Nesse sentido é que se inicia o movimento da Luta Antimanicomial que nasce profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais. Com a Luta Antimanicomial a

Reforma Psiquiátrica ganha força. A Reforma Psiquiátrica, mais que denunciar os manicômios como instituições de violências, propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias. Esses movimentos estão profundamente relacionados com a história política do Brasil, especificamente com os movimentos em prol da abertura política e consolidação democrática do país (GUIMRÃES e ROSA, 2019).

Entende-se a Reforma Psiquiátrica como processo social complexo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem. No Brasil esse movimento se inscreve no contexto de redemocratização do país e na mobilização político-social que ocorre na época. Neste sentido, a reforma inicia-se concretamente nos dispositivos legais a partir da constituição cidadã, em 1988 (MINISTERIO DA SAUDE, 2006).

AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL E OS DIREITOS HUMANOS

Para compreender política pública, é fundamental conhecer o contexto histórico, mais precisamente em que circunstâncias políticas, econômicas e sociais se produziram os marcos legais. Daí a importância do que foi elucidado no tópico anterior, que mostra como a história brasileira está repleta de precariedades, tecendo a memória de ineficiências do Estado perante os direitos fundamentais.

É importante salientar que quando se fala de esfera pública, têm-se como característica primordial a “construção e o reconhecimento da alteridade, do outro, do terreno indevassável de seus direitos, a partir dos quais se estruturam as relações sociais” (OLIVEIRA, 1998, p. 39).

De 1978 a 2019, a sociedade brasileira se conformou de diversas maneiras, na direção do processo de institucionalização, consolidação e avanços democráticos, cujo ápice foi a promulgação da Constituição Federal de 1988. A sociedade civil, inicialmente contra o regime ditatorial de 1964, tem como marco o processo de luta pela redemocratização de 1978, possibilitada pelo processo de abertura lenta e gradual. Novos movimentos surgiram lutando pela afirmação e extensão de direitos,

contra as privações expressas no cotidiano, expressando as necessidades de minorias sociais, entre elas as pessoas com transtornos mentais (GUIMARÃES e ROSA, 2019).

Quando se fala de construção da cidadania da pessoa com transtorno mental trata-se de ampliar direitos, da tutela ou interdição sob o manto do direito ao abrigo proporcionado pelo Estado à incorporação e destaque dos direitos civis.

Se tratando dos elementos que foram incluídos com o Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira é fundamental compreender as características estruturantes da política de saúde no país. “As bases do sistema de proteção social no Brasil foram conformadas na década de 1930 e estiveram assentadas na cidadania regulada/ocupacional” (GUIMARÃES e ROSA, 2019, p. 116). Havia um duplo padrão da política de saúde no país: uma dirigida para o trabalhador segurado do sistema previdenciário; outra para o pobre, considerado indigente, implementado pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto, não havia até então a universalidade de direitos.

O entendimento da saúde como um direito do indivíduo é instituído no Brasil com a Constituição Federal de 1988, que cria a Seguridade Social e redimensiona a política de saúde como “um direito de todos e dever do Estado”, há a universalização do direito à saúde. A Constituição Federal (1988, p.83) enaltece em seu artigo 196 que

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 83).

Considerada um marco na luta por direitos, a Constituição Federal de 1988 prevê que todo cidadão tenha livre acesso ao tratamento em saúde, pautando execução nas diretrizes constantes em seu artigo 198, o qual informa

[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 83).

A instituição de um sistema único de saúde, que apresenta uma rede de serviços à disposição da população, com foco em ações preventivas, buscando a integralidade do atendimento é elemento novo na história da saúde no Brasil. A acesso anteriormente condicionado a colaboração previdenciária cede lugar a uma concepção

de direito do cidadão. Trata-se de romper com um modelo excludente de atenção à saúde, que deixava ampla parte da população brasileira à mercê do atendimento filantrópico em instituições como as Santas Casas de Misericórdia (hoje parte da rede de atendimento do SUS). Assim, a saúde era posta como um direito restrito, não sendo responsabilidade estatal viabilizá-lo à população.

A partir da universalização do acesso à saúde determinado pela Constituição de 1988 e pela Declaração de Caracas em 1990 - que é um marco nos processos de reformas da assistência em saúde mental nas Américas – estrutura-se um novo modelo de assistência norteado pela defesa dos Direitos Humanos e metas estabelecidas nesta Declaração (BRASIL, 2004).

É firmado os seguintes compromissos com a Declaração de Caracas:

1 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2 Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3 Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4 Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5 Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6 Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as

legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais (BRASIL, 2004).

Na Declaração Universal de Direitos Humanos

Artigo I

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

Artigo II

1 - Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. 2 - Não será também feita nenhuma distinção fundada na condição política, jurídica ou internacional do país ou território a que pertença uma pessoa, quer se trate de um território independente, sob tutela, sem governo próprio, quer sujeito a qualquer outra limitação de soberania.

Artigo III

Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. [...]

Artigo V

Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

(DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS, 2009)

No ano de 1991, em conformidade com os documentos anteriormente citados, a Organização das Nações Unidas (ONU) lança a normativa sobre a proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência à saúde mental orientando priorizar o cuidado na atenção primária, o acesso aos medicamentos, a atenção na comunidade, a educação em saúde, com a participação social de usuários, familiares e comunidade, ações intersetoriais e investimentos em pesquisa (ONU, 1991). É a partir deste modelo que se estrutura, no Brasil a rede de assistência à saúde mental.

No plano nacional, a base legal principal é a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre os direitos da pessoa com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, também denominada como Lei da Reforma Psiquiátrica; a portaria MS/GM nº336/2002, que define as modalidades de centros de atenção psicossocial, modelo de base comunitária, assegurador da cidadania da pessoa com transtorno mental, e a Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), postulando a redução de danos e as ações de prevenção como base da atenção aos consumidores de substâncias psicoativas.

Afirma a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001:

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

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

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

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

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

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

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos. (BRASIL, 2001)

Dessa forma o Estado, deverá trazer tratamento que melhor atingem seus pacientes, segundo o Ministério da Saúde

O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se e quando necessárias, conforme cada caso. Os indivíduos em situações de crise podem ser atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial, formada por várias unidades com finalidades distintas, de forma integral e gratuita, pela rede pública de saúde. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017).

Por tanto para que esse acolhimento aconteça, o Estado programou a Rede de Atenção Psicossocial (RAP), que com auxílio da União, Estado e Município, instituíram programas sociais ligados ao atendimento para pessoas com doenças mentais.

Como primeiras iniciativas de mudanças desta rede no tratamento das pessoas com transtornos mentais, desenvolveram-se os Núcleos de Atendimento Psicossocial (NAP) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com a perspectiva de proporcionar atenção comunitária e multidisciplinar. A rede composta principalmente pelos CAPS vinham substituindo progressivamente o modelo

manicomial, que tinha características excludentes, opressivas e reducionistas, constituindo assim, um sistema de assistência utilizando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade, acrescido da proposta de desinstitucionalização, cujo alcance ultrapassa os limites restritos às práticas de saúde em si, atingindo o imaginário social e as formas culturalmente construídas de compreensão da doença mental (SANTOS *et all*, 2018).

Um dos mais importantes programas criados, com esta finalidade é o chamado, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com instituições que auxiliam nos atendimentos de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas, como o álcool e outras drogas, não importando a idade do paciente.

No que diz respeito à construção da rede de serviços de saúde mental comunitários, o maior êxito aconteceu em relação à implantação dos CAPS, que efetivamente se espalharam por todo o país (2462 em 2017), muito embora ainda aquém da real necessidade, principalmente no que tange a implementação do CAPS III que é a modalidade que tem leitos e que permite, portanto, a substituição mais efetiva dos serviços de internação psiquiátrica (CAVALCANTI, 2019).

De acordo com Cavalcanti (2019), para que isso acontecesse foi fundamental a efetiva inversão do gasto em saúde mental, com os serviços comunitários recebendo mais recursos do que os hospitais psiquiátricos desde 2006, e a diminuição também muito significativa dos leitos em hospitais psiquiátricos monovalentes³ e o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos cuja qualidade da atenção era questionável.

Cabe destacar que o movimento de Reforma Psiquiátrica ainda está em curso em todo o país, através da substituição do modelo hospitalar [...]. Neste caminho, há avanços e retrocessos devido à escassez de investimentos públicos na manutenção estrutural e de pessoal dos serviços públicos (SANTOS *et all*, 2018).

Desde o processo de redemocratização a rede de atendimento em saúde

³ Instituições de saúde mental de modelo manicomial com foco no asilamento, sem recursos técnicos, não possuindo nenhuma das tecnologias que justificariam uma assistência hospitalar (exames laboratoriais, monitoramento clínico estreito, etc).

mental no Brasil modificou significativamente seu paradigma, buscando agora ser espaço de reabilitação social e valorização dos usuários. Entretanto, ainda há muito a que se lutar para conquistar mais espaços sociais.

Mendes (2001) comenta em seu livro:

Não obstante esses inegáveis avanços, o SUS real está ainda muito longe do SUS constitucional, ou seja, há uma enorme distância entre o sonho dos constituintes e da reforma sanitária brasileira e a prática social de nosso sistema público de saúde. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. (MENDES, 2001)

Nesta luta constante, Santos *et al* (2018) afirma sobre a importância do entendimento da saúde mental como direito humano, estando previsto pelas normativas vigentes, porém, vivenciados em uma realidade ainda em construção.

O respeito à dignidade humana, a partir dos princípios da igualdade, liberdade e fraternidade vigora no campo dos Direitos Humanos. No campo da saúde mental, os indivíduos sofreram muitas violações de direitos com tratamentos desumanos de confinamento em hospitais psiquiátricos, nos quais permaneciam por toda a vida sem estímulos de desenvolvimento biopsicossocial (SANTOS *et al*, 2018). Ainda hoje, devido às más condições dos serviços públicos de saúde, o atendimento não chega a todos devido a limites de financiamento público.

Carvalho (1998) afirma que os direitos humanos referem-se a faculdades naturais, considerando o ser humano indiscriminável, sob qualquer consideração. Não é possível, portanto, qualquer condicionamento, cabendo ao Estado cuidar e defender esses direitos. A relevância dos direitos humanos está centrada na proteção da vida do indivíduo, no entendimento de que as pessoas devem ser respeitadas e seus direitos assegurados, não sendo alvo de discriminação ou violência.

Os avanços registrados no campo da regulamentação do acesso à saúde como direito do cidadão ainda não garantem sua consolidação. Faz-se necessário perceber a saúde mental como direito humano, uma vez que a pessoa com transtorno mental demanda políticas públicas que potencializem o seu pleno desenvolvimento enquanto ser social.

Traz-se aqui a fala de Cavalcanti (2019) que aponta de forma certa o princípio que orienta o rumo certo na normatização relativa ao amparo em saúde

mental:

Talvez, se pudéssemos resumir em duas frases o que consiste a Reforma Psiquiátrica Brasileira, diríamos: 'lugar de cuidar de pessoas com sofrimento mental, sejam mais ou menos doidas, é onde elas se sintam bem' e 'o jeito de cuidar dessas pessoas é se relacionando com elas'. Tudo mais poderia entrar nessas duas frases. Essa é a baliza: esse processo, essa orientação, esse dispositivo nos coloca mais em contato com essas pessoas? Então o caminho é este. Afastamo-nos delas? Com certeza pegamos o rumo errado (CAVALCANTI, 2019, p. 3).

OS RISCOS NA ATUALIDADE

A Reforma Psiquiátrica, desde que se tornou uma política pública, era orientada por uma perspectiva antimanicomial. No entanto, com a implantação da Portaria 3.588/GM/MS aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite de 21 de dezembro de 2017, significativas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental se consolidaram.

Guimarães e Rosa (2019, p. 124) elencam alguns elementos que merecem destaque nessa Portaria:

A remanicomialização da saúde mental, com o asseguramento e aumento do investimento financeiro no reajuste de recursos do Governo Federal, que aumenta o valor da diária dos manicômios em média 65%. Em contrapartida, não há aumento do repasse para os CAPS em suas diferentes modalidades desde 2011, o que intensifica a precarização [...] ou seja, o hospital psiquiátrico que na lógica da reforma sofreu uma amortização gradativa, sendo excluído da RAPS, retorna com força total.

No ano seguinte, a partir da Resolução CONAD nº1/2018, algumas alterações foram recebidas por especialistas em psicologia de forma desagradável. Foram estabelecidas as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) que afetam diretamente os direitos anteriormente estabelecidos, no parágrafo segundo:

[...] §2º A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em comunidades terapêuticas [...] (BRASIL, 2018).

Para Vilma Reis

Não se trata de uma “Nova” Reforma Psiquiátrica, mas de uma Contra-Reforma Psiquiátrica, ou seja um retrocesso, uma vez que a principal instituição que garante a perpetuação do modelo manicomial é recolocada na rede de atenção, a saber, o hospital psiquiátrico ou a “comunidade terapêutica”, instituição manicomial correspondente no atendimento a pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas.(REIS, 2019,*online*)

O Conselho Federal de Psicologia, não aprovou essas mudanças feitas, como publicaram

Para o CFP, o texto do Ministério da Saúde contém pontos que desfiguram a política de saúde mental e afrontam as diretrizes da política de desinstitucionalização psiquiátrica, prevista na Lei 10.216/2001, além de violar as determinações legais no que se refere à atenção e cuidado de pessoas com transtorno mental estabelecidas na Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência e na Lei Brasileira de Inclusão Além disso, o plano vislumbra um redirecionamento progressivo de uma rede comunitária para um modelo baseado em instituições médico centradas, privadas, promotoras de estigma e segregação e que se mostrou historicamente ineficiente. (CFP, 2017)

Em fevereiro de 2019 a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde emitiu a Nota Técnica 11/2019, em que afirma seu compromisso com uma “nova política de saúde mental”, alterando substancialmente e unilateralmente a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas vigente. A NT-11 propõe, entre outros, a supressão do controle/participação social; a internação de crianças e adolescentes; o redirecionamento do financiamento público para ações manicomiais, o uso de eletrochoques (eletroconvulsoterapia – ECT) como elemento terapêutico constante desta nova política, e financiado por recursos públicos, compondo a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais do Fundo Nacional de Saúde; e nova visão em relação aos CAPS “que não os considera mais serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais o fechamento de unidades de qualquer natureza” referindo-se aos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2019, p3-4). A reação pública tem sido intensa, com repúdios veementes à instauração deste procedimento em serviços públicos de saúde.

Esse novo desenho ameaça garantias de proteção e de dignidade asseguradas pela legislação brasileira às pessoas com transtornos mentais, pois incentiva a manutenção de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, cujo modelo de funcionamento está baseado em propostas higienistas que restringem a vontade e os direitos dos usuários, excluindo-os do convívio com a família, violando a

garantia do cuidado em liberdade e pautado nos direitos humanos.

CONCLUSÃO

Por séculos as pessoas com transtornos mentais sofreram tratamentos desumanos, pois se considerava um desvio grave os comportamentos decorrentes de processos de manifestação dos sintomas das doenças mentais. Nesse contexto, essas pessoas eram abandonadas pelas famílias e pela sociedade. Ao longo do tempo conseguiu-se estruturar ações de políticas públicas em saúde mental que buscam o resgate da cidadania e dos direitos humanos.

Os movimentos de luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira objetivaram não somente a desinstitucionalização da loucura, por meio da extinção dos manicômios, mas também defender os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico e orientar mudanças na assistência à saúde dessa população, possibilitando a construção de serviços substitutivos. É enfatizada a desconstrução da ideia de tratamento dos transtornos mentais com o isolamento, devolvendo a esses sujeitos o direito do convívio social e demais direitos civis.

Todo o exposto direciona para o entendimento da saúde mental como direito humano, estando previsto pelas normas vigentes mas ainda vivenciados em uma realidade de construção.

Por longas décadas a pessoa com transtorno mental teve seus direitos humanos desrespeitados, tendo a discriminação uma das principais ocorrências. Fato este que impulsionou uma série de violações de direitos, como maus-tratos em ambientes hospitalares, falta de higiene, negligência na alimentação, abandono por familiares nas ruas e asilos.

Os avanços registrados no campo da regulamentação do acesso à saúde como direito do cidadão ainda não garantem sua consolidação. É ainda necessário perceber a saúde mental como direito humano, rompendo com o histórico depreciativo, repulsivo e excludente que imperou por longo tempo na sociedade brasileira, que negava o convívio com este público e, ao fazê-lo, ao encarcerá-lo, reduziam-no a um ser vivo não completamente humano.

Pode-se concluir com este trabalho que saúde mental é uma questão de direitos humanos e processo civilizatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Artigo Scielo, Rio de Janeiro, v.23, n.6, jan/jun.2013.

AMARANTE,P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Assembleia Geral da ONU. **Declaração dos Direitos Humanos**. A.Paris,1948. <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acessado em 10/10/2019.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AUGUSTO, Cristiane Brandão; ORTEGA, Francisco. Nina Rodrigues e a patologização do crime no Brasil. **Revista Direito GV on-line**. São Paulo: vol.7, n.1, jan/jun.2011.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. **Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica**. Artigo Scielo, v.28, n.3, p.632-645,2008.

BRASIL. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre as drogas**. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nasdiretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>. Acesso em: 17/10/2019.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **CFP repudia mudanças nas políticas de saúde mental**. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/repudio-mudancas-politica-saude-mental>. Acesso em: 05/10/2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Planalto do Brasil. Brasília, DF, 6 abr. de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 24 out.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos**. Disponível em <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>. Acesso em: 24/10/2019.

BRASIL. Página 239 da seção 1 do Diário Oficial da União, de 22 de dezembro de 2017. **Inclusão das estratégias do II Plano Operativo da PopRua**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 22 de dez.2017. Disponível em:

<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/173164140/dou-secao-1-22-12-2017-pg-239>. Acesso em: 4 nov.2019.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 fevereiro de 2002. **Atualiza as normas sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Ministério da Saúde do Brasil. Brasília, DF, fev. de 2002.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 25 out.2019.

BRASIL. Universidade Federal de São João del-Rei. **Abrasco publica nota sobre mudanças nas políticas nacionais de saúde mental e sobre drogas.** Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/noticias_ler.php?codigo_noticia=7378. Acesso em: 17/10/2019.

BRASIL. Vade Mecum. **Constituição Federal.** 21ª edição, São Paulo:Saraiva,2016. CAVALCANTI, M.T. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. Caderno de Saúde Pública. Editorial. 35 (11), 2019.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1997.

GUIMARÃES, T.A.A; ROSA, L.C.S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. O social em questão. Ano XXII – n. 44, maio a agosto de 2019.

LOPES, José Leme. **A psiquiatria e o velho hospício. Jornal brasileiro de psiquiatria.**

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

OLIVEIRA, F. **Os direitos do antivalor: a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes,** 1998.

Piccinini, Walmon João. História da psiquiatria: psicofarmacoterapia no Brasil a partir dos anos 60. **Revista** psychiatry on line. Brasil: v.21, n.11, nov.2016. Rio de Janeiro, v.14, p.117 – 130,1965.

SANTOS, A.B.; SILVA, G.G.; PEREIRA, M.E.R.; BRITO, R. S. **Saúde Mental, Humanização e Direitos Humanos.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.25, p.1-19, 2018.

SCHECHTMAN,A; ALVES, D.S. **A organização da Política de Saúde Mental.** In: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M.C.A; SILVA, P.R.F. (org). Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2014.

1