

JUSCELINO JUNIO HONORATO DA SILVA

**AS VIOLAÇÕES AOS DIREITOS HUMANOS NOS TRATAMENTOS
PSIQUIÁTRICOS DA ANTIGUIDADE E SUA INTEGRAÇÃO NA
ATUALIDADE**

CURSO DE DIREITO – UniEVANGÉLICA

2019

JUSCELINO JUNIO HONORATO DA SILVA

**AS VIOLAÇÕES AOS DIREITOS HUMANOS NOS TRATAMENTOS
PSIQUIÁTRICOS DA ANTIGUIDADE E SUA INTEGRAÇÃO NA
ATUALIDADE**

Monografia apresentada ao Núcleo de Trabalho de Curso da UniEVANGÉLICA, como exigência para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do Prof. Ms. Juraci Cipriano.

JUSCELINO JUNIO HONORATO DA SILVA

**AS VIOLAÇÕES AOS DIREITOS HUMANOS NOS TRATAMENTOS
PSIQUIÁTRICOS DA ANTIGUIDADE E SUA INTEGRAÇÃO NA
ATUALIDADE**

Anápolis, ____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em especial aos orientadores e professores que se dispuseram a contribuir comigo em pesquisas, conselhos e orientações das quais sem elas não seria possível o desenvolvimento e a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Pai Eterno por ter me dado à oportunidade de provar a mim mesmo que era capaz de desenvolver o presente trabalho, mesmo que todos os problemas pessoais que vivo me desafiassem o contrário. A São José Operário, padroeiro de minha família, pela conclusão e entrega deste trabalho. A minha família, em especial minha mãe, Joanice Honorato Aguiar, por todo o suporte que foi dado a mim das mais diferentes formas ao longo deste trabalho. Ao meu orientador e amigo, Prof. Ms. Juraci Cipriano, pessoa de caráter e coração singulares, muito obrigado por ter a paciência de lidar comigo e também por me transmitir ensinamentos únicos.

“Ó glorioso São José, a quem foi dado o poder de tornar possíveis as coisas humanamente impossíveis, vinde em nosso auxílio nas dificuldades em que nos achamos. Tomai sob vossa proteção a causa importante que vos confiamos, para que tenha uma solução favorável. Ó Pai muito amado, em vós depositamos toda a nossa confiança. Que ninguém possa jamais dizer que vos invocamos em vão. Já que tudo podeis junto a Jesus e Maria, mostrai-nos que vossa bondade é igual ao vosso poder. São José, a quem Deus confiou o cuidado da mais santa família que jamais houve sede, nós vos pedimos, o pai e protetor da nossa, e impetrai-nos a graça de vivermos e morrermos no amor de Jesus e Maria. São José rogai por nós que recorremos a vós.”

Oração a São José Operário.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo contextualizar a evolução histórica dos tratamentos psiquiátricos, bem como as violações de direitos humanos que nestes ocorriam, até a atualidade, abordando diplomas jurídicos, relatos históricos e outros documentos que fomentaram este trabalho. Para este trabalho, foi utilizadas obras como da jornalista Daniela Arbex, que registrou com riqueza de detalhes em seu livro “Holocausto Brasileiro” a realidade do manicômio de Barbacena, bem como legislações históricas estabelecidas pelo país, artigos científicos de renomadas instituições de ensino em formato digital, bem como outras fontes que enriqueceram o presente trabalho. Fronte ao estudo realizado fica evidenciada uma histórica inferiorização da sociedade em relação aos indivíduos com algum distúrbio mental, de forma que estes doentes sofreram inúmeras formas de violações de seus direitos, como cerceamento da família, perda de capacidade civil, tratamentos desumanos, para citar alguns exemplos. Como será visto no trabalho, por vezes as próprias legislações autorizavam tais atitudes, por estarem de acordo com determinadas correntes médicas a época. Nos dias de hoje, o modelo de manicômio se encontra em desuso, com algumas unidades existentes, sendo priorizado um modelo de tratamento que busca integrar o enfermo na sociedade, de modo que a legislação hoje evoluiu e estabeleceu marcos para a promoção dos direitos humanos aos enfermos e suas famílias através de novas diretrizes para tratamento desta questão.

Palavras-Chave: Direitos Humanos; Doenças Mentais; Tratamento Psiquiátrico; Legislação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – SAUDE MENTAL: O QUE É E O POSICIONAMENTO HISTORICO DA HUMANIDADE SOBRE O TEMA	2
1.1 Conceitos de Saúde Mental	2
1.2 O reconhecimento histórico em relação à saúde mental como doença	4
1.3 O posicionamento histórico brasileiro a cerca da saúde mental.....	11
CAPITULO II - A EVOLUÇÃO DOS TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS	17
2.1.1 Métodos Históricos de Tratamento de doença mental na antiguidade	17
2.1.1.1 Trepanação	17
2.1.1.2 Sangria e Expurgo	18
2.1.1.3 Indução ao coma por aplicação de insulina (insulinoterapia) e eletrochoques (eletroconvulsoterapia).....	19
2.1.1.4 Isolamento e Manicômios	20
2.2 Os primeiros movimentos de humanização dos tratamentos psíquicos e seus desdobramentos.....	20
2.2.1 As comunidades terapêuticas na Inglaterra	21
2.2.2 Psicoterapia Institucional Francesa	22
2.2.3 Psiquiatria Preventiva e Comunitária Americana	22
2.2.4 A antipsiquiatria	22
2.2.5 A Psiquiatria Democrática Italiana.....	23
2.3 O tratamento da saúde mental no Brasil até a reforma psiquiátrica	24
2.3.1 O estabelecimento da psiquiatria no Brasil e o nascimento do primeiro hospício no território nacional.....	25
2.3.2 A expansão dos hospícios de acolhimento aos enfermos mentais	26

CAPITULO III - A MOVIMENTAÇÃO PELA REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL E SEUS DESDOBRAMENTOS	28
3.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: Os primórdios do pensamento pela humanização dos tratamentos psiquiátricos no Brasil.....	29
3.2 As primeiras iniciativas legais pela humanização dos tratamentos psiquiátricos e a valorização do paciente pelo mundo	31
3.2.1 A Declaração de Caracas de 1990: O primeiro grande documento pela reestruturação dos tratamentos psiquiátricos na América Latina	32
3.2.2 A Resolução 46/119 da Assembleia Geral da ONU: Os princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental.....	32
3.3 A evolução da legislação brasileira pelos direitos aos doentes mentais e a atualidade.....	33
3.3.1 Dispositivos legais que dispuseram sobre a saúde mental durante o fim do século XIX até a Lei Federal 10.216/01	34
3.3.1.1 Os Decretos nº 142, 206, 508 e 791, de 1890: Os atos pioneiros pela regulamentação de uma rede assistencial aos “alienados”	34
3.3.1.2 Dispositivos que regulamentaram ou alteraram legislações já estabelecidas ou criavam novas determinações.....	35
3.3.1.2.1 O Decreto 24559 de 1934: Incentivo do poder público pela internação sem critérios médicos	36
3.3.2 A Lei Federal 10.216/01: O instrumento fundamental pela humanização do tratamento dos doentes mentais	38
CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS.....	43

INTRODUÇÃO

A ideia desse trabalho monográfico é estudar e analisar a evolução histórica dos hospitais psiquiátricos no Brasil consoante as situações de violações de direitos humanos nestes estabelecimentos e seu desenvolvimento na integração do instituto na política de saúde mental, bem como essa política de hoje no país.

Historicamente menosprezada e subestimada, as políticas de saúde mental costumavam ter como eixo central de tratamento medidas extremamente degradantes de cunho paliativo, conforme as modernidades disponíveis em sua época, criando mecanismos bizarramente famosos justamente pela sua atrocidade (como a lobotomia - intervenção cirurgia no cérebro que são rompidas as ligações cerebrais que ligam os lóbulos frontais ao tálamo, com o objetivo de deixar os pacientes mais dóceis - e os eletrochoques), aprisionando pessoas que por vezes simplesmente não tinham diagnóstico de enfermidade mental unicamente por desagradar os poderosos oligarcas de antigamente (como homossexuais, mulheres independentes, filhos rebeldes e etc.), reforçando ainda mais um estigma negativo da sociedade como um todo em relação às doenças psíquicas e o seu tratamento.

Outro passo, esta metodologia imposta pelas antigas políticas de saúde mental desrespeitava cruelmente a dignidade do paciente, rompendo com os princípios mais básicos de direitos humanos.

Rompendo com a antiga política degradante de assistência a estes enfermos, em 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, movimento plural de trabalhadores e colaboradores das instituições psiquiátricas, das famílias dos enfermos, das instituições sanitárias, sindicalistas e associações de

enfermos. Este movimento determinou uma guinada na visão pública a cerca da saúde mental, através de variados esferas de luta, que tomou para si o protagonismo da luta contra os hospitais psiquiátricos, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência hospitalar visando estrito lucro a todo custo e a construir mutualmente entre sociedade e governo uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais, sendo a experiência italiana de desinstitucionalização em sua critica ao modelo manicomial vigente o grande norte para implantação de algo semelhante no país, nascendo à chamada luta antimanicomial, que defendia uma maior convivência em sociedade do enfermo mental, vivendo com sua família, sendo integrado na sociedade e sendo tratadas nas chamadas instituições extra-hospitalares, lutando contra as instituições psiquiátricas comumente chamadas de manicômios, luta que originou movimentos, novas legislações e conceitos médicos visando a integração do paciente a sociedade.

CAPÍTULO I – LINHA HISTÓRICA DA EVOLUÇÃO DOS TRATAMENTOS DAS DOENÇAS MENTAIS

O tratamento e a observância à saúde mental, embora hoje em dia tema em evidência pelo crescente interesse tanto da comunidade acadêmica como da população em geral, historicamente sempre foi negligenciada, tratada como uma ciência de segunda classe, tendo seus enfermos ao longo da história se sujeitados as mais diversas atrocidades que visavam o controle e a segregação destes doentes, e não o tratamento, reabilitação e a reinserção no convívio social.

1.1 Conceitos de saúde mental

A saúde mental é foco recente de estudos por acadêmicos, estudiosos e demais interessados, estando ela sujeita a diversas interpretações conforme a cultura e o entendimento de cada localidade ao redor do mundo, não sendo possível, padronizar em uma singela classificação um conceito inflexível, justamente pela quantidade de culturas existentes na sociedade (OMS, 2001).

É consenso que instrumentos basilares de saúde mental abrangem, primordialmente, o bem-estar humano, a sua autonomia, a capacidade de realização e controle do poder psíquico, a senilidade, dentre outros estados psíquicos que podem servir como parâmetro, sendo consenso que a saúde mental é muito mais que ausência de alguma desordem psíquica, e que a estrutura mental do ser humano tem ligação intrínseca com o campo fisiológico de seu corpo, e vice-versa, ocorrendo uma relação de interdependência. Os avanços médicos e o rompimento de diversos preconceitos permitiram uma situação mais favorável para o

comportamento em uma corrente de estudo profunda no campo da ordem mental (OMS, 2001).

A trindade definida pela OMS em relação a uma ampla definição da saúde mental do homem consiste no bem-estar humano, o funcionamento efetivo do ser humano por si mesmo, e o funcionamento efetivo dele na comunidade. A saúde mental e o bem-estar são essenciais para o desenvolvimento pessoal e interpessoal do ser humano, sendo então parte integrante da saúde humana como sua espécie, embora historicamente relegada (OMS, 2001).

A doença mental refere-se ao sofrimento, incapacidade e morte devido a perturbações mentais e neurológicas, por uso de substâncias psicotrópicas, podendo se juntar a fatores genéticos, biológicos e psicológicos, bem como a condições sociais adversas e fatores ambientais em geral (OMS, 2003).

Nos dias atuais, a saúde mental passou a ser considerada para além da presença ou ausência de doença mental, devendo ser considerada a saúde mental positiva, que compreende a avaliação do bem-estar emocional, psicológico e social do ser humano. (OMS, 2003).

1.2 O reconhecimento histórico em relação à saúde mental como doença

Ao longo da história e da evolução da sociedade, os entendimentos a cerca das desordens psíquicas vem sofrendo constantes mutações, embora apenas no último século este tema venha sendo envernizado de humanidade.

Para Costa (2003), há uma grande estrada que foi percorrida ao longo dos milênios pelo ser humano na compreensão destas enfermidades;

[...] A história da relação do ser humano com a loucura é, desde os primórdios da civilização, a história da tolerância para com a diferença entre as pessoas. Dessa maneira, as sociedades ditas mais primitivas consideravam os indivíduos que apresentavam transtornos mentais como emissários da divindade e assim portadores de poderes sobrenaturais. A inserção da sua diferença numa perspectiva religiosa proporcionava ao louco um lugar contextualizado dentro da comunidade, fazendo com que a sua

singularidade, ao invés de ser excluída, fosse assimilada como uma contribuição e não como uma subtração ao bem-estar comum. Assim, já na antiga Mesopotâmia, no Egito antigo, entre os hebreus e os persas e até no extremo Oriente, a loucura era entendida como uma condição especial que conferia ao indivíduo que a apresentasse uma feição próxima ao divino. [...] (COSTA, 2003, p. 137).

Portanto, segundo Costa, as primeiras civilizações da humanidade, como a Mesopotâmia, os Hebreus e os Persas, enxergavam os enfermos mentais como divulgadores, mensageiros, portais de supostas manifestações divinas, com a sociedade a época não os vendo como enfermos, e sim como portadores deste “poder de incorporar Deus”, sendo venerados como tal.

Já na entrada da fase histórica conhecida como idade média, essa definição sofreu uma abrupta revolução; sai o holístico, e entra a intolerância e o desrespeito, conforme explica Costa;

[...] A trajetória da intolerância para com os loucos, os mais frágeis e as mulheres tem na Idade Média o seu marco referencial. A queda do poder dos senhores feudais pelo fortalecimento do poder centralizador dos monarcas aliado ao ascendente poder da burguesia, a descoberta da pólvora, a invenção da imprensa, proporcionando a autoeducação, o acesso aos conhecimentos e o fluir das informações, as epidemias de peste, que ceifaram a vida de cinquenta por cento da população da Europa, tudo isso agregado à crise dentro da Igreja Católica [...] desaguou num descontentamento político e religioso que, além de levar à Reforma Protestante e à Renascença, passou a ameaçar o sistema de poder vigente [...] Nesse cenário, homens e mulheres, crianças, adolescentes, adultos e idosos, pessoas com limitações físicas, perturbados ou somente hereges e contestadores, perseguidos por uma população manipulada pela ignorância e tomada pelo medo, torturados nos porões dos Tribunais da Inquisição, com pouco ou nenhum controle quanto as suas subjetividades [...] (COSTA, 2003, p. 137).

Durante a idade média, portanto, os enfermos mentais começaram a sofrer uma grande marginalização que perduram seus resquícios até o dia de hoje. Além dos ditos enfermos mentais, que sofriam sem nenhum tratamento de sua doença, soma-se um grande preconceito que se formou pela opinião pública a época, sendo frequentemente associados como demônios pelo povo. Este preconceito foi definido, em três grandes eixos preconceituosos taxativos em relação aos doentes mentais, sendo definidos como, segundo COSTA (2003, p. 137); “o louco dito incapaz, o louco dito irresponsável e o louco dito violento”.

Ademais, o contexto político social da época associou qualquer classe da sociedade que desagradassem os líderes do período como portadores destas doenças, aumentando ainda mais o preconceito da população, manipulada vorazmente pelos seus comandantes que visavam primordialmente à manutenção de seu próprio poder em um período extremamente difícil para a humanidade em geral, que fora assolada por diversas guerras, por pestes e epidemias de proporções estratosféricas sob a hígidez de líderes megalomaniacos que, segundo Franco Junior (2003, *online*), “visavam a conservação do poder e o aumento de sua influência dentro do mundo da idade média”.

Com a chegada da renascença, com o avanço dos estudos da sociedade e saúde, de entendimento do mundo, da natureza desconsiderando “fatores divinos”, presando pela individualidade humana, fez com que houvesse uma colisão com o esoterismo marcante da antiguidade, sendo menosprezados estes estudos na época, principalmente em um momento em que a astrologia e a quiromancia (leitura de mãos) ganhavam força na população, edificando, principalmente a última, um conhecimento singular da anatomia do corpo humano, guardadas as proporções, mantendo aceso no imaginário a influência de entidades divinas, de mágicas, no estado de saúde dos enfermos mentais (COSTA, 2003).

Durante o século XVII e XVIII, na chamada “Era da Razão”, René Descartes em sua obra “Discurso do método”, de 1637, calçou o pensamento que prevalece até a atualidade sobre o racionalismo e redirecionou o entendimento do mundo como um todo, com uma nova compreensão sobre a natureza, a vida e do homem que ainda hoje prevalece. (COSTA, 2003). Para Descartes, a razão e o conhecimento teria tanta relevância que, por meio deles, se poderia controlar a natureza. Durante esse notável período de expansão do conhecimento houve grandes avanços em vários campos da atividade humana. Até então, os enfermos mentais eram segregados em asilos, acorrentados para evitar fuga dos estabelecimentos.

Dentro destes estudos e avanços, o médico francês Philippe Pinel foi convocado pela Assembleia Francesa, no final do Século XVIII (entre 1786 e 1795)

para promover um estudo aprofundado em dois estabelecimentos hospitalares aos redores de Paris, nomeadamente o Hospital de Bicêtre e o Hospital de Salpêtrière - ambos em funcionamento até o dia de hoje - onde se misturavam não só doentes mentais, mas excluídos de toda a ordem pela sociedade da época. Para Millani e Valente;

Pinel, pioneiro no tratamento dos portadores de sofrimento mental, passou a se interessar pela psiquiatria em 1780, porém, somente por volta de 1786 tratou desses doentes. Foi médico no asilo de Bicêtre, quando esse local era destinado ao tratamento de transtornos mentais do sexo masculino e, também, na Salpêtrière, um asilo feminino que reunia, sem distinção, loucos e criminosos, mantidos acorrentados em celas baixas e úmidas, fosse ou não perigosos (2008, *online*).

Chegando nestes estabelecimentos, libertando e alimentando os internos, Philippe Pinel primeiramente desassociou o que entendia de casos sociais e de casos realmente anômalos, observando-os e descrevendo-os, considerando como os internos se apresentavam no seu dia-a-dia e, com estes dados, acabou por promover uma sistematização própria que considerava estes aspectos para classificar os internos, de forma que os classificou como; Indivíduos melancólicos; Indivíduos portadores de Manias sem delírios; Indivíduos portadores de Manias com delírios e Indivíduos dementes (COSTA, 2003).

Segundo Isaias Pessotti, para Pinel;

A causa da loucura é a 'imoralidade', entendida como excesso ou exagero. Daí a terapia ser chamada de tratamento moral, de 'afecções morais' ou 'paixões morais'. A loucura é excesso e desvio, a ser corrigida pela mudança de costumes, mudança de hábitos (que lembra, forçosamente, a 'modificação de comportamento' enquanto projeto de condutas inadequadas) (1994, p. 156).

Este estudo de Pinel acabou por representar o início da psiquiatria e do reconhecimento da diferença humana como doença. Neste passo, entendeu-se que a ciência fez do dito louco um "doente", e dessa loucura uma doença a ser "tratada e curada", no caso, com ocultamento e exclusão nos leitos destas instituições para se obter a cura. Ademais, entendeu-se que essa doença seria proveniente de uma lesão no cérebro do doente e, considerando a influência do Iluminismo da época,

que regia pela elevação da moral e da conservação da ordem social, foi considerado que as manifestações destas doenças decorreriam de uma má formação de caráter, de mera observação pelas condutas sociais. Neste momento, consagrou-se a loucura como uma “doença” e assim passível de obter “tratamento e cura”. Sendo assim, baseados nestas informações, Pinel criou o chamado “Tratamento Moral”, o que seria o primeiro tratamento clínico-hospitalar para estes enfermos, tratamento este consistente em confinamentos, sangrias e purgativos dentro de prédios geralmente dentro das cidades, conhecidos como hospitais psiquiátricos, ou instituições psiquiátricas (COSTA, 2003).

Segundo Pereira, Pinel achava que seria possível alterar o comportamento dos enfermos mentais por meio de atitudes humanitárias, porém com um viés oculto de segregação;

O tratamento moral fundava-se, pois, na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles. Termos como ‘repressão’, ‘intimidação’, ‘doçura’ e ‘filantropia’ passam a ser encontrados amiúde no vocabulário técnico cotidiano e, em particular, nos próprios textos de Pinel. A inovação pineliana, contudo, não residia na preocupação humanitária e filantrópica no tratamento dos pacientes. O que surge de efetivamente novo sob a influência do grande alienista francês e a associação dessa postura tolerante e humanista, bem ao gosto do espírito do tempo da Revolução Francesa, com o esforço de estudar racional e metodicamente o fenômeno da alienação. (PEREIRA, 2004, p. 114).

Estes estudos de Pinel serviram como base para a publicação da obra “Tratado Médico Filosófico sobre a alienação mental e a mania”, em Paris, no ano de 1800, que compreendia em todas as suas impressões e conclusões de seus estudos, que são considerados hoje como o marco inicial da psiquiatria, da medicina do psíquico humano, sendo Phillippe Pinel tratado como “pai da psiquiatria devido a seus estudos”.

Já durante o século XVIII, a recém-nascida psiquiatria corria atrás de explicações para a loucura por meio de pesquisas e estudos calçados em circulação sanguínea e dissecação de cérebros, buscando uma razão biológica para o acontecimento destas enfermidades mentais. Emile Durkheim, ao definir a loucura

como “anomia social”, fortalece a perspectiva que passou a ser utilizada pela Sociologia positivista e pela Psiquiatria em relação às doenças mentais (FACCHINETTI, 2008).

O método pineliano de tratamento dos enfermos mentais logo começou a sofrer críticas de setores da sociedade – tanto acadêmica como em geral – que defendiam a não violência no trato com estes doentes, devido aos maus-tratos extremos, ao isolamento, a segregação e a situações de vexame público, sendo os doentes expostos à população devido à localização destas instituições, quase sempre nos centros das cidades da época.

A crescente contestação do hospital pineliano, além de levar a criação de novos espaços fora dos limites das cidades, onde o internado dispusesse de melhores condições de habitabilidade, também deu origem à busca de outras concepções que pudessem trazer maior clareza sobre a natureza humana e sua subjetividade. (COSTA, 2003, p. 138)

Defensores de uma política de não violência com o trato com os enfermos, indo contra os princípios do modelo pineliano, levou a psiquiatria da época prezar pela criação de novas instituições psiquiátricas fora das grandes cidades, em geral em grandes fazendas afastadas das aglomerações urbanas, onde os internados poderiam, primordialmente, gozar de maior liberdade para o seu “tratamento”, que consistia em atividades agrícolas e em artesanatos como fora de “reabilitar os enfermos mentais”, porém continuando ocultos e excluídos da sociedade. Essa contestação também deu origem a estudos que visassem novas concepções que pudessem trazer maior clareza sobre a natureza humana (LIMA, 2010).

O famoso médico-psicanalista austríaco Sigmund Freud, com seus estudos sobre a psicanálise, estabeleceu esta ciência em relação às ciências biológicas uma polaridade que se mantém entre seus seguidores até os dias atuais. Freud construiu um “sistema de compreensão composto pelo id - os pensamentos primitivos do ser humano -, ego - as primeiras noções de racionalidade dos atos - e superego - o nível de moralidade que o ser humano possui.” (LIMA, 2010).

Apesar da grande contribuição ao pensamento humano e o entendimento da loucura desenvolvida por Freud e por seus sucessores no percurso da Psicanálise, permaneceram os hospitais psiquiátricos como modelo a ser seguidos pela psiquiatria no tratamento da loucura. A exclusão e a submissão às regras do hospital de modelo pineliano eram o único método terapêutico praticado (COSTA, 2003).

Partindo dessas críticas e das contribuições provenientes de outros referenciais teóricos fora as ciências biológicas, mas especialmente o Marxismo e a Psicanálise, a partir dos quais as questões subjetivas das relações humanas e a relação de trabalho passaram a ser consideradas como relevantes no surgimento e manutenção de quadros de alteração do comportamento. Ao longo do século XX, tentativas de inclusão entre os profissionais e internados no interior da instituição psiquiátrica foram realizadas, visando à promoção de uma relação de respeito mútuo para o tratamento adequado da enfermidade e a interação do internado com a sociedade, saindo da exclusão. As experiências modelares propostas mais significativas foram, segundo Costa;

- A Comunidade Terapêutica - T.H.Main-Bion-Reichman - Monthfield Hospital – Birmingham - Inglaterra (1946)
- A Análise Institucional - François Tosquelles Hospital Saint-Alban - França (1940)
- A Psiquiatria De Setor - Bonnafé - França (1960)
- A Psiquiatria Comunitária - J.F.Kennedy - Gerald Caplan – Estados Unidos Da América (1963)
- A Antipsiquiatria - Ronald Laing-David Cooper-Thomas Szasz-Alan Watts - Inglaterra / Eua (1966)
- A Psiquiatria Democrática (Reforma Psiquiátrica) Franco Basaglia - Itália (1969) (2003, p. 139).

De todos esses modelos testados ao longo do século XX, apenas no ultimo modelo se efetivou a real ruptura do modelo pineliano. O psiquiatra italiano Franco Basaglia, em experimentos em duas instituições no norte da Itália (nas cidades de Trieste e Gonizia), superaram o modelo hospitalocentrico, através do seu método denominado “A psiquiatria democrática”, consistente por uma rede de cuidados e atenção diária para os enfermos, de maneira respeitosa, democrática, de igual para igual, promovendo ao interno a efetiva humanidade e o reconhecimento real de sua condição de saúde mental como uma doença a ser tratada (BASAGLIA, 1985).

Basaglia defendia o fim do modelo de Pinel, entendendo que seu método estaria muito ultrapassado, defendendo que o modelo asilar de Pinel havia esquecido sua real finalidade, o tratamento dos enfermos mentais. Em sua obra, Franco Basaglia explica sua discordância do modelo em vigência na época.

Que a psiquiatria asilar reconheça, enfim, ter fracassado em seu encontro com o real, esquivando-se da verificação que - através daquela realidade - poderia ter efetuado. Uma vez que a realidade lhe escapou, ela limitou-se a continuar fazendo "literatura", elaborando suas teorias, enquanto o "doente" se via pagando as consequências dessa fratura - encerrado na única dimensão considerada adequada a ele: a segregação (BASAGLIA, 2005, online).

Basaglia com seu movimento por uma psiquiatria mais inclusiva, humanitária e democrática inspirou movimentos ao redor do mundo com objetivo de propagar esta ideologia, inclusive no Brasil, onde esteve na década de 70 para conhecer o sistema de tratamento psiquiátrico do Brasil, experiência publicada em seu livro "Conferência Brasileira", não traduzido para o Português.

A grande vitória de Basaglia e da sua Psiquiatria Democrática Italiana se deu em 1978 com a aprovação pelo parlamento italiano da Lei 180, ou Lei Basaglia, que determinou o fim dos manicômios em todo território italiano e consolidou o processo de criação de novas práticas de atenção à saúde mental, lei vigente até hoje. A transformação da política de tratamento da saúde psíquica na Itália só foi possível graças a um processo extremamente consciente e reflexivo de denuncia da realidade desumanizante dos hospitais psiquiátricos da época e de experimentações de práticas revolucionárias no trato com os doentes, liderados por ele.

1.3 O posicionamento histórico brasileiro a cerca da saúde mental

Nos primeiros séculos de vida do país, a alta burguesia costumava enxergar e generalizar os ditos loucos, que seriam os enfermos mentais, com outras classes excluídas da sociedade, tais como desempregados, alcoólatras, para citar alguns. Segundo Costa, pode-se;

[...] caracterizar a sociedade brasileira no tempo do Império como não muito diferente da fase Colonial. A parte superior do edifício

social era constituída por nobres e proprietários rurais – na maioria das vezes as duas coisas – seguida por uma parcela de comerciantes, envolvida por uma multidão de seres humanos, que lhes prestavam trabalho escravo e, entre esses, um sem-número de desocupados, bêbados, mendigos, loucos e prostitutas, quando não tudo isso junto, que regularmente perturbavam a ordem pública, trazendo desconforto à vida dos burgueses locais. (2003, p. 140).

O início da assistência psiquiátrica pública no Brasil data do período do Império. Anterior a isso, a assistência para a sociedade menos favorecida era feita de maneira leiga por freiras que zelavam destes enfermos em asilos, de maneira insuficiente. Costa, em sua obra, faz importante análise da situação socioeconômica na determinação dos procedimentos de tratamento dos enfermos, sendo que os mais abastados, ricos, eram tratados em suas próprias residências.

[...] nos deparamos mais uma vez com a reprodução da linha divisória de natureza econômica e social, onde os tidos como loucos oriundos da classe economicamente dominante eram retidos e vigiados por suas próprias famílias em suas residências. As pessoas que enlouqueciam e eram provenientes das camadas sociais desfavorecidas eram recolhidas aos asilos, onde padeciam toda sorte de dissabores e maus-tratos. Ficavam presas por correntes em porões imundos passando frio e fome, convivendo com insetos e roedores, dormindo na pedra nua sobre dejetos, sem nenhuma esperança de liberdade. (2003, p. 141).

No período colonial e imperial, a sociedade via no louco uma ameaça à segurança pública, sendo que a maneira de lidar com esta “ameaça” consistia em trancafiar os enfermos em asilos, com o intuito não de trata-los e sim de separá-los da sociedade, que os considerava um infortúnio, sendo este procedimento legitimados pelos decretos emitidos pelo Imperador. (COSTA, 2003).

Era quase impossível andar pelas ruas do Rio de Janeiro no início da década de 1830 sem se deparar com alienados vagando por becos e vielas. Em geral, eram recolhidos às enfermarias da Santa Casa de Misericórdia ou à cadeia pública, de onde não saíam senão mortos. Encarcerados em cubículos fétidos e estreitos, muitos passavam os dias acorrentados. Já os submetidos à tutela de instituições religiosas, não raro, sofriam sanções físicas punitivas. (ANDRADE, 2018, p. 90)

A crescente pressão da população para o “recolhimento” dos “loucos” a um lugar de isolamento, junto com a pressão de intelectuais e de parte da sociedade médica que pressionava o império para a promoção de um tratamento sem maus-tratos dos enfermos. A chegada da Psiquiatria com uma nova ciência impulsionou D.

Pedro II a criar um espaço específico para os doentes mentais, o Hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, em 1851. De forma gradativa, este modelo assistencial se desenvolveu e se ampliou em todo o território nacional, administrados pela igreja, consolidando e reproduzindo no solo brasileiro o hospital psiquiátrico pineliano como o espaço socialmente possível para os loucos (COSTA, 2003).

Com a proclamação da República em 1889 houve uma ruptura entre a Igreja e o Estado. A administração dos hospitais psiquiátricos (comumente chamados de hospícios) começou a ser então responsabilidade dos médicos, passando estes à categoria de representantes oficiais estado nas instituições. Instituições foram criadas em formato de fazendas no interior dos estados, como o Juquery, Barbacena, dentre outros. Estes médicos tinham a intenção, além de tratar os enfermos, de desenvolver pesquisas no campo da nova ciência no país, promovendo seu desenvolvimento. Com a abolição da escravatura e a imigração de grupos sociais, as cidades começaram a crescer em tamanho e complexidade. Em função da busca de mão-de-obra devido ao grande crescimento das cidades, a recuperação dos excluídos era necessária. Dessa forma, também em nosso país, legitimada pelo Estado, pelos acadêmicos e pelo hospital de loucos, a Psiquiatria consolidou-se como o único saber frente a loucura (COSTA, 2003).

No começo do século XX, devido ao surto de febre amarela que ocorreu no Rio de Janeiro, foi determinada que Oswaldo Cruz saneasse a cidade quanto as doenças infecciosas que assolavam a cidade a época. Também foi determinado a Juliano Moreira a tarefa de recolher os “loucos” para as instituições psiquiátricas construídas na época. Conforme explana Costa em sua obra;

No terreno da Saúde Pública, coube a Oswaldo Cruz a tarefa de sanear a Capital da República quanto às endemias, especialmente a Febre Amarela, e ao alienista Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, a tarefa de “sanear” a cidade com o recolhimento dos loucos às fazendas nas suas cercanias (hospitais-colônia), onde além do ocultamento, os internados, por meio do trabalho, se autossustentariam, descomprometendo já aí parte dos gastos do Estado com os loucos. Além disso, atendia a necessidade do incipiente capitalismo brasileiro pós-escravidão e da nova moral social burguesa, que enaltecia a dedicação de todos ao trabalho e pregava que ‘o trabalho dignifica o homem’. Esta formulação também contava com nítidos ingredientes racistas pois apregoava que o trabalho faria com que a tradicional ‘moleza’ do brasileiro, pardo, fruto de uma mistura étnica, que levava à indolência e à deterioração

moral, pudesse ser 'brancalizada', 'tratada' e 'normalizada', revertendo a índole dessa população "mal miscigenada". (2003, p. 141).

Neste compasso seguiram-se os tratamentos psiquiátricos de maneira extremamente desumana, a qualquer jeito, ao longo do século XX até o advento do movimento da reforma psiquiátrica no Brasil na década de 80. Pessoas que não sofriam de nenhuma doença mental, mas rompiam com os conceitos da sociedade burguesa da época, como os negros, pessoas tristes, mães solteiras, homossexuais, mendigos, enfim, toda a classe excluída da época, era enviadas para estes hospícios sem nenhuma restrição. Segundo Daniela Arbex em sua obra "O Holocausto Brasileiro" (2013, p. 13) "Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, esteve no Brasil e conheceu o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Em seguida, chamou uma coletiva de imprensa, na qual afirmou: 'Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta'". Estimasse que apenas no Hospital Colônia de Barbacena morreram mais de 80 mil pessoas, que eram enviados em vagões superlotados de trens para serem internados no hospital (ARBEX, 2013).

Na década de 1950 foi sintetizado o primeiro medicamento para tratamento da "loucura", a Clorpromazina, anunciado como a cura da doença, apresentado na forma injetável e comprimidos, iniciando a era dos remédios modernos. Apesar da frustração por não conseguir "curar a loucura", essa droga e outras que a sucederam até hoje trouxeram uma modificação no ambiente hospitalar em função de viabilizar a supressão das correntes mediante a contenção de alguns sintomas e a promoção de certo controle dos surtos psicóticos.

Mesmo assim, o uso indiscriminado e massificado desses medicamentos, em conjunto com outras técnicas como os eletrochoques, dentre outros métodos cruéis, distanciado de outros conhecimentos e objetivos relacionados à reinserção social, utilizados menos como método terapêutico e mais como instrumento de opressão e controle, fez com que a medicação e os métodos tomassem partido da forma cruel que o sistema regia e não atingissem sua real concepção. Esse período também trouxe um boom na lotação dos hospitais psiquiátricos existentes, mais que dobrando a população confinada nestes hospitais em um período de 10 anos.

Conforme Costa;

[...] a população internada nos manicômios brasileiros aumentava. Em 1950, eram 24.234, em 1955, foi a 34.550 e, em 1960, chegou a 49.173 pessoas. O quantitativo de hospitais psiquiátricos no Brasil era nenhum em 1852, chegando a 54 públicos e 81 privados em 1961, totalizando 135 unidades, contra acanhados 17 ambulatórios de Psiquiatria em todo o território nacional, segundo dados do Ministério da Saúde (2003, p. 142)

A origem desse incremento pode estar associada a três fatos, ainda segundo Costa (2003): aumento populacional; a crônica má-distribuição da renda nacional e, talvez, o mais significativo, a “caça aos suspeitos”, que seriam as populações marginalizadas já citadas aqui.

A partir do golpe militar de 1964, a assistência à saúde foi caracterizada por uma política de privatização maciça. Essa política, que criou o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) em 1966, acabou por incentivar o conceito de “casas de repouso”, um nome novo dado aos hospitais psiquiátricos de então que passaram a fazer uma busca ativa de pessoas em situação vulnerável, por exemplo, de indivíduos que fossem segurados do INPS - que são aqueles que possuíam vínculo empregatício ativo, ou seja, pessoas economicamente ativas e produtivas - e que estivessem dormindo embriagados na via pública. Após averiguação pelas equipes médicas estes eram levados e internados com o diagnóstico de “Psicose alcoólica”. Muitas dessas pessoas, que faleceram ou ainda habitam os manicômios brasileiros iniciaram seu percurso manicomial legitimado por atitudes arbitrárias como essas. Neste momento, além das terríveis pechas de loucos, desequilibrados, bandidos, dentre outros, os doentes mentais ganharam uma característica de serem indivíduos cujo lucro em cima deles seria facilmente possível. Neste compasso, a escalada do número de hospitais psiquiátricos e leitos contratados dispararam ainda mais. Segundo Costa;

Nesse período, chegamos em 1971 a 72 públicos e 269 privados com 80.000 leitos; em 1981, 73 públicos e 357 privados, chegando a 100.000 leitos ao longo desta década, começando a diminuir o ritmo somente a partir da redemocratização do país e início do processo de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, refluindo em 1991 para 54 públicos e 259 privados e 88.000 leitos, chegando em 1999 a 50 públicos e 210 privados e 68.000 leitos e em julho de 2001 a 66.000 leitos (2003, p. 143).

Na década de 80, um forte movimento dos profissionais da psiquiatria chamado “Psiquiatria Democrática” liderou uma grande revolução no tratamento das enfermidades psíquicas, movimento que será tratado no próximo capítulo deste trabalho.

CAPITULO II - A EVOLUÇÃO DOS TRATAMENTOS PSIQUIÁTRICOS

Conforme explicitado no primeiro capítulo deste trabalho, o reconhecimento da doença mental perante a sociedade passou por diversas transformações conforme a evolução histórica do homem. O enfermo mental já foi visto, por exemplo, como portador de mensagens divinas durante as primeiras civilizações como a Mesopotâmia, os Hebreus e os Persas. Depois, no decorrer da história, tomando uma posição de ser humano inferior, como um excluído da sociedade, inferiorizado, sendo enxergados por diferentes povos como doentes sujos, ocorrendo, inclusive, marginalizados perante a população geral ao redor do globo, quando não exterminados. (HUSSUNG, 2016, *online*).

Em paralelo a isso, porém, surgiram métodos confeccionados pelos próprios povos antigos, que visavam, sempre, um controle momentâneo do enfermo mental e não o tratamento de sua doença em si em longo prazo. Estes métodos serão expostos nesta seção do trabalho, juntamente com seus dados históricos e as intenções destes profissionais a época para o tratamento destes enfermos.

2.1 Métodos Históricos de Tratamento de doença mental na antiguidade

2.1.1 Trepanação

A trepanação é a intervenção cirúrgica que consiste em fazer uma perfuração regular em posição superior no crânio utilizando um trépano, que funciona como uma broca para tal perfuração. Este método foi criado aproximadamente há 10 mil anos atrás, sendo hoje uma técnica estudada, objetiva e eficaz. “Trepanação (do grego: *trupanon* = broca) é a intervenção cirúrgica que consiste em fazer uma perfuração regular em qualquer osso, com um trépano, que é

uma espécie de broca neurocirúrgica (ABCMED, 2016, *online*).

Porém, historicamente, tal método tinha atribuição distinta de hoje. Sua criação juntou objetivos filosóficos, religiosos e místicos, com a finalidade de tratar vários tipos de doença – não só mentais – e também com práticas exorcistas, como uma maneira de curar “perturbações” dos enfermos mentais, sem qualquer resultado terapêutico prático comprovado.

Existem grandes evidências de que a trepanação tenha estado presente desde o período mesolítico e em quase todas as culturas antigas encontram-se cadáveres com sinais de trepanação, desde as antigas civilizações europeias, asiáticas e até americanas. Ainda hoje, a trepanação é realizada cerimonialmente em certas tribos africanas, com finalidade meramente de rito étnico (ABCMED, 2016, *online*).

2.1.2 Sangria e Expurgo

Apesar deste método tenha ganhado destaque no mundo ocidental depois do século XVII, ele surgiu na medicina grega antiga. Cláudio Galeno acreditava que as doenças e enfermidades resultavam de “humores desequilibrados” no corpo. Posteriormente, o médico inglês Thomas Willis usou os escritos de Galeno como base para essa abordagem no tratamento de pacientes com doenças mentais.

Essa compilação entendeu que umas junções de fatores psíquicos biológicos agiam internamente estavam por trás dos transtornos mentais. Sangramento, purgação e até mesmo vômito foram pensados para ajudar a corrigir esses desequilíbrios e ajudar a curar doenças físicas e mentais, quase sempre acompanhados de uso de sanguessugas ou durante o mesmo momento do tratamento.

Estes tratamentos, aliás, foi por séculos o eixo motriz da medicina. Essas táticas foram usadas para tratar além das doenças mentais, como inúmeras outras doenças tais como diabetes, asma, câncer, cólera, varíola e derrame cerebral. (HUSSUNG, 2016, *online*).

2.1.3 Indução ao coma por aplicação de insulina (insulinoterapia) e eletrochoques (eletroconvulsoterapia).

O tratamento de insulinoterapia foi introduzido no começo a década de 1920 sendo usado até 1960, aonde o advento da eletroconvulsoterapia veio a substituir tal tratamento.

Na terapia de insulinoterapia, os médicos deliberadamente colocam o paciente em coma de baixa taxa de açúcar no sangue acreditando que grandes flutuações nos níveis de insulina poderiam alterar a função do cérebro.

Comas de insulina podem durar entre uma e quatro horas, sendo o efeito prático deste tratamento a contenção do enfermo mental. Os pacientes recebiam uma injeção de insulina que fez com que o açúcar no sangue caísse e o cérebro perdesse a consciência. Uma prática perigosíssima que referentemente resultava em comas e mortes. (HUSSUNG, 2016, *online*).

A eletroconvulsoterapia foi introduzida mais tarde como uma alternativa mais segura à terapia de coma de insulina, sendo esta uma técnica que utiliza estímulos elétricos coma finalidade de induzir uma convulsão e restabelecer a normalidade do funcionamento cerebral.

Esse tratamento foi visto como um procedimento importante para a época, pois era um dos poucos recursos disponíveis que contribuíam para diminuir a agitação e amenizar sintomas psicóticos. Contudo, a ECT ocasionava medo e uma experiência traumatizante para o paciente e até mesmo para quem a aplicava (GUIMARÃES, *et al*, 2013.)

Além disso, foi utilizada por alguns trabalhadores da enfermagem como instrumento punitivo e coercitivo.

Também foi usado de maneira indiscriminada, com muito excesso, de forma repressora aos doentes da época, o que acabou estigmatizando o método que, hoje em dia, já profundamente estudado e conjugado com o avanço brutal da

tecnologia nos últimos anos, representa uma importante terapia para estes enfermos (HUSSUNG, 2016, *online*).

2.1.4 Isolamento e Manicômios

O isolamento se tornou o método preferido da sociedade médica para tratamento dos doentes mentais após a era medieval, daí a relação com a forte explosão dos hospitais psiquiátricos de modelo pineliano no século XVIII. Essas instituições eram lugares onde as pessoas com transtornos mentais poderiam ser alocadas, de forma que atendessem o anseio da sociedade e por vezes de suas próprias famílias da época de remover os enfermos das ruas e da sua própria visão, supostamente para tratamento psiquiátrico, onde eram submetidos a uma sucessão de maus tratos e expostos a superlotação e o mau saneamento, tendo seus direitos totalmente violados.

A proposta terapêutica de Pinel baseava-se no tratamento moral, centrado no isolamento do doente do mundo exterior, através da reclusão/asilo. O asilo assumiu um lugar especial para o tratamento, pois poderia recuperar/corriger os erros da razão dos sujeitos acometidos pela insanidade fazendo-os recuperar a “racionalidade normal” ou a cura. Na tradição pineliana, o asilo é por si só terapêutico e, nesta perspectiva, o isolamento é a condição primordial no tratamento moral. (LIMA, 2010, p. 283).

Estes estabelecimentos originalmente se localizavam nas áreas urbanas das cidades, porém por pressão das sociedades estes hospitais foram removidos para as áreas rurais periféricas destas cidades. Nesse período, ficou marcado também o tratamento da saúde mental com métodos físicos - tais como banhos de água gelada e contenção - pelos médicos da época. (HUSSUNG, 2016, *online*).

2.2 Os primeiros movimentos de humanização dos tratamentos psíquicos e seus desdobramentos

Primeiramente, cabe remeter a importância do conceito de Phillipe Pinel na definição da “loucura” pela sociedade médica psiquiátrica do passado, vendo no ser humano enfermo mental um louco, um ser socialmente incapaz, desajustado. Os transtornos mentais foram, nesse período, catalogados, e diferenciados, enquanto o

enfermo mental é institucionalizado e mantido em manicômios sobre o tratamento moral proposto por Pinel. Este modelo foi levado até meados após a segunda guerra mundial e os experimentos nazistas da época que juntados ao descredenciamento do pensamento da eugenia que movimentava boa parte da sociedade médica na época levaram a movimentos que buscavam humanizar os tratamentos médicos (CALLARD, 2012).

Ao longo do século XX diversos movimentos reformistas varreram o campo psiquiátrico. Esses movimentos colocaram em questão não só as instituições asilares, mas também os objetivos, o âmbito de atuação, o objeto e o arsenal conceitual de intervenção. (GABBAY, 2008, p. 103).

Surgiram, então, movimentos reformistas diversos dentro da psiquiatria. Esses movimentos questionavam, primordialmente, o conceito de hospital psiquiátrico, tal como os seus – reais – objetivos, sua atuação e seus conceitos de tratamento psiquiátrico.

De toda esta força reformista, os mais marcantes movimentos foram as comunidades terapêuticas da Inglaterra, a psicoterapia institucional francesa, a psiquiatria preventiva e comunitária americana, a antipsiquiatria e por fim a psiquiatria democrática italiana (GABBAY, 2008).

2.2.1 As comunidades terapêuticas da Inglaterra

De forma pioneira, nas mãos do médico sul africano Maxwell Jones, é estudada e estabelecida às chamadas Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, uma libertação do hospital psiquiátrico, dando uma ênfase nas relações comunitárias que se estabeleciam em grandes sítios, e nas atividades agropastoris com cunho terapêutico e função de recuperação dos pacientes.

As comunidades terapêuticas constituíram outra vertente, sobretudo nas décadas de 1960 e 1970, de aplicação da psicanálise ao espaço asilar, em que a interpretação do analista tinha como objeto o inconsciente dos pacientes, dos profissionais e da própria instituição (GABBAY, 2008, *online*).

Na prática, a experiência fracassou como solução do problema manicomial e como proposta de estabelecer um regime de liberdade no interior do hospício, sendo hoje sendo vista como um novo verniz ao modelo antiquado da repressão dos hospitais psiquiátricos. (GABBAY, 2008)

2.2.2 Psicoterapia Institucional Francesa

Inspiradas pelas Comunidades Terapêuticas, porém com conceitos do modelo asilar de tratamento psiquiátrico, surge na França na década de 1950 a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, ambas tinham como objetivo promover a recuperação da função terapêutica da Psiquiatria.

A Psiquiatria de Setor Francesa foi experiência de planificação nacional e racionalização administrativa. Por conseguinte, não teve um caráter de ruptura ou contestação do manicômio. Ao contrário, era uma proposta de modernização dos hospitais psiquiátricos, chegando a estimular a abertura de novos hospitais. [...] (FERREIRA NETO, 2010, online).

Teve origem na França, sendo esse modelo baseado em uma junção da psicanálise com o tratamento psiquiátrico da época. O alcance transformador desse projeto se restringiu ao caráter asilar dos hospitais psiquiátricos e não os métodos em si (HUSSUNG, 2016, *online*).

2.2.3 Psiquiatria Preventiva e Comunitária Americana

Paralela a esse movimento, na década de 1960, surge nos EUA a Psiquiatria Comunitária, propondo uma mudança na forma como ver a doença mental, numa tentativa de aproximar a psiquiatria da Saúde Pública, a Psiquiatria Comunitária inova ao propor a prevenção da doença mental.

A psiquiatria preventiva comunitária apareceu como alternativa aos manicômios e a uma visão puramente curativa da doença, e não tratativa.

Seu eixo central era a organização de um amplo programa de intervenção na comunidade, visando evitar as doenças mentais – daí seu caráter preventivo - pela detecção precoce das situações críticas e dos fatores de risco para geração

destas doenças. Portanto, torna-se notório o caráter eugenista desta ideologia, claramente assumido pelo médico criador desta corrente, o psiquiatra Gerard Caplan, em sua obra “Princípios de psiquiatria preventiva”, portanto, não mais se trata de curar o doente, mas de adaptá-lo em um grupo de indivíduos semelhantes ao paciente, e não a sociedade em modo geral. (GABBAY, 2008).

2.2.4 A antipsiquiatria

Considerada a mais radical das correntes surgidas do século XXI, a antipsiquiatria se baseava puramente na negação da psiquiatria como método de tratamento desta situação e até do próprio conceito de doença mental imposto a época.

Um grupo de psiquiatras britânicos denomina de Antipsiquiatria o movimento surgido nos anos 50 do século passado. Esse movimento não estava em oposição apenas às práticas asilares — o eletrochoque, o uso de psicofármacos e outras restrições de liberdades infringidas aos doentes internos — mas, sobretudo, contra os princípios nos quais se assentava toda a ‘medicina mental’, a começar pela distinção entre ‘louco’ e ‘normal’ (DELACAMPAGNE, 2004, p. 28).

Para os seguidores desta corrente a cura seria um processo normal que não exigiria nenhuma intervenção terapêutica, pois a promotora maior da loucura seria a própria sociedade, que ao criá-la promovia o enquadramento dos enfermos como forma de controle. O movimento teve como grandes ideólogos David Cooper e Laing e, depois de uma breve notoriedade na década de 60, foi suprimido pelo desenvolvimento de outras.

2.2.5 A Psiquiatria Democrática Italiana

O movimento da Psiquiatria Democrática, surgido no final da década de 60, propõe um novo modo de olhar para a loucura, provocando uma profunda mudança metodológica entre o saber e a prática psiquiátrica, buscando abranger na relação paciente-médico a família do enfermo, a sociedade em que este habita, buscando a sua integração. A psiquiatria Democrática vê no hospital psiquiátrico um meio de segregação da loucura e do paciente psiquiátrico, bem como um local propício para violação de seus direitos. Contrapondo a isso, ela busca um novo olhar

sobre o sujeito, partindo de sua individualidade e necessidades particulares, visando um trabalho de reinserção social do paciente psiquiátrico, rompendo com a lógica asilar.

Para Franco Basaglia, precursor do movimento na Itália, a psiquiatria Democrática reconhece a doença mental, mas altera o foco do tratamento para o enfermo, e não mais para a doença em si. Em seu experimento em Trieste e Gonízia, fechou o hospital psiquiátrico em que dirigia apostando em uma rede de convivência e atendimentos integrados no próprio convívio do enfermo, sem retirá-lo de sua realidade. Essa reforma, inclusive, foi o precursor do movimento antimanicomial no Brasil, que será visto no decorrer do trabalho.

2.3 O tratamento da saúde mental no Brasil até a reforma psiquiátrica

Em contraponto ao movimento europeu asilar, até meados do século XIX não havia no Brasil nenhum estabelecimento hospitalar destinado ao tratamento dos chamados enfermos mental. Estes, abandonados, se confundiam com as demais classes marginalizadas da época, como mendigos, escravos fugidos, criminosos, etc.. Frequentemente abandonados pelas famílias, vagavam pelas ruas ou acabavam presos de maneira arbitrária, sem qualquer assistência médica e sendo expostos a violência e maus tratos. Pode-se afirmar que o Brasil iniciou formalmente sua política de tratamento mental baseada no modelo pineliano francês. (GABBAY, 2008).

A história da psiquiatria no Brasil pode ser entendida como a história de um processo de medicalização social, onde o encarceramento dos loucos e sua submissão à disciplina asilar são um imperativo da nova ordem urbana e do novo poder médico. A ordem psiquiátrica constitui-se como paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza. Trata-se de um projeto que faz do médico uma autoridade que intervém na vida social, planejando, decidindo e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas (GABBAY, 2008, *online*).

Com a chegada da família real portuguesa ao Rio de Janeiro em 1808, começa uma preocupação em relação à organização urbanística da cidade, com identificação e controle seletivo da população. A medicina participa deste projeto de

reordenamento do espaço urbano, notadamente a medicina psiquiátrica em decorrência das experiências conhecidas na Europa.

2.3.1 O estabelecimento da psiquiatria no Brasil e o nascimento do primeiro hospício no território nacional

No final de 1852, quase 50 anos após a chegada da coroa portuguesa ao Brasil, foi aberta na capital do país a época a casa Hospital Pedro II, o primeiro hospital psiquiátrico destinado ao atendimento dos enfermos mentais, sendo resultado de uma campanha cujo *slogan* era “aos loucos, o hospício” protagonizada por diversos médicos recém-formados, a maioria regressos da França, e pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, que já assistia os ditos alienados mentais buscando reproduzir os feitos de Pinel.

Assim a psiquiatria brasileira e seu maior projeto a época – a instituição hospitalar psiquiátrica, buscou “medicalizar” a questão social das doenças mentais, a partir do qual, ao classificar o comportamento do louco, trate-o como mero objeto de uma intervenção médico-social. É nesse sentido que a psiquiatria, ao intervir na sociedade, identifica no louco um elemento da desordem, de bagunça, e prevê um lugar institucional para sua segregação e correção, que seria a instituição asilar.

Baseado nisto, a loucura como uma desordem do comportamento que se manifesta por uma incapacidade do indivíduo de se manter dentro dos valores sociais da época, praticando atos involuntários, a cura só poderia ser obtida pela imposição de normas transmitidas por um processo de reeducação, o chamado tratamento moral (GABBAY, 2008).

Nesse espaço, impera a figura do médico que, por si só, constitui-se em fator de recuperação ao impor uma ordenação na vontade, no pensamento e nos sentimentos do paciente. Justifica-se assim a exclusão do doente da vida social e o seu sequestro no hospício (GABBAY, 2008, online).

A influência da formação francesa destes médicos explica a vigência do princípio do isolamento do paciente, prescrevendo o afastamento do louco das causas de sua loucura, fundadas na sociedade e principalmente na família. Neste

ínterim, o hospício surge perante a sociedade como um espaço medicalizado, terapêutico, organizado, enfim, o lugar perfeito para tratamento destes enfermos. Ao conquistar o poder político necessário para tal, a articulação da psiquiatria com o poder público e a sociedade garantiu aos psiquiatras a legitimação científica indispensável para execução desta tarefa. Apesar do discurso humanista, revolucionário, a verdadeira motivação desta revolução começa a aparecer. Idealizado para receber no máximo trezentos doentes, apenas três anos após sua inauguração o Hospício Pedro II abrigava quase quatrocentos enfermos, mesmo contando ainda com uma administração leiga, que ainda não havia se aperfeiçoado (GABBAY, 2008).

2.3.2 A expansão dos hospícios de acolhimento aos enfermos mentais

No final do Século XIX, com o grande aumento de demanda principalmente impulsionado pela recém-promulgada lei áurea, o governo viu a necessidade de programar oficialmente uma expansão da rede de atendimento psiquiátrico nacional, já que o Pedro II no Rio de Janeiro se mostrava insuficiente para adequar seus internos, que vinham de diferentes locais do país. Foram criados, entre alguns dos mais relevantes; o Hospital Psiquiátrico Juquery, na região metropolitana de São Paulo, o Hospital Colônia de Barbacena, na cidade homônima em Minas Gerais e o Hospício de Diamantino, também em Minas Gerais. (FIGUEIREDO, *et al*, 2014.)

Em 1912 foi promulgada a Lei Federal de Assistência aos Alienados, reconhecendo como atividade médica autônoma aos psiquiatras, expandindo o número de instituições destinadas aos doentes mentais, focadas na criação de espaços de poder disciplinares por meio de hospitais especializados. A disciplina instituída nessas instituições também produzia a normalização de comportamentos, sendo estes passíveis de intervenção do saber psiquiátrico, atuando na higienização social. Foram criados diversos dispositivos disciplinadores, a exemplo das próprias instituições, leis e decretos, orientando práticas médicas no tratamento da loucura.

Em 1926, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental – importante testemunho do pensamento psiquiátrico brasileiro. Em 1934, o Decreto 24.559

promulgava a segunda Lei Federal de Assistências aos Doentes Mentais determinando o hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento, oficializando o que viria a ser um boom de demanda para estas instituições, gerando violações históricas de direitos humanos. Essa concepção de saúde mental a partir de instituições manicomiais que instituíam um regime de disciplina de comportamentos indesejáveis à sociedade prevaleceu até os anos 1980 no Brasil. (FIGUEIREDO, *et al*, 2014.).

CAPÍTULO III – A MOVIMENTAÇÃO PELA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E SEUS DESDOBRAMENTOS

O modelo asilar sempre apresentou muitas vulnerabilidades, não sendo concebido como uma maneira de tratar o doente e sim de controlá-lo. Devido a essa característica, vários países, inclusive o Brasil, principalmente na primeira metade do século XX, usaram seu sistema asilar para esconder pessoas que simplesmente os desagradassem de qualquer maneira (por serem mães solteiras, homossexuais, opositores políticos, etc.).

No Hospital Colônia de Barbacena, por exemplo, estimasse que 70% dos pacientes asilados na instituição não possuíam doença mental, conforme lembra a escritora e jornalista Daniela Arbex em seu livro *Holocausto Brasileiro*;

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar. (ARBEX, 2013, p. 23-24).

Essas condições absolutamente injustas promovidas não só com os pacientes, mas com os próprios trabalhadores, levaram a uma mobilização pela humanização da visão do doente mental pelos sistemas de saúde mundo afora.

3.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira: Os primórdios do pensamento pela humanização dos tratamentos psiquiátricos no Brasil

O princípio dos movimentos pela humanização à assistência psiquiátrica brasileira ocorreu na década de 70, quando profissionais das instituições psiquiátricas, alunos recém-formados residentes, parentes de enfermos e estudiosos na área de psiquiatria se depararam com, em síntese, o total esgotamento da proposta de tratamento vigente, que na época se encontrava em total colapso. As mais destacadas movimentações foram à chamada “crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS)”, onde médicos bolsistas residentes de hospitais psiquiátricos administrados pelo Ministério da Saúde fizeram protesto ao Ministério denunciando as condições absolutamente precárias das instituições que residiam, bem como reivindicações. Foram demitidos 260 profissionais, além de encorajar denúncias e inspirar novos movimentos que repercutiram bastante na imprensa na época (AMARANTE, NUNES, 2018).

Paralelamente a esta movimentação, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), via Comissão de Saúde Mental, em 1971, pioneiramente, assinalou no sentido de uma reformulação no conceito de saúde mental, como segue;

"A ABP entende que é necessária uma mudança de atitude em relação à saúde e à doença mental, mudança que deve começar pelos próprios psiquiatras e outros trabalhadores de saúde mental, que devem reformular seus conceitos sobre o tratamento e a prevenção dos transtornos mentais. (...) a ênfase de nossos esforços deve ser dirigida por uma ação global de saúde mental, com serviços hospitalares e extra-hospitalares, todos eles solidamente ligados à comunidade" (HIRDES, 2009, *online*)

Outro grande personagem que contribuiu para o fomento das discussões na década de 1970 foi o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), uma grande mobilização de vários setores da sociedade, entre enfermos, parentes de enfermos, trabalhadores, estudiosos, humanistas e afins, com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica.

Esse movimento teve grande relevância, organizando ou participando maciçamente de eventos como o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriú (SC), e o I Simpósio Sobre Políticas Grupos e Instituições, no Rio de

Janeiro (RJ), que teve a presença, dentre outros destacados profissionais, de Franco Basaglia, o pai do movimento da psiquiatria democrática italiana, que estabeleceu uma conexão com o país, visitando-o duas vezes antes de sua morte em 1981.

Em 1979, desembarcou (Franco Basaglia) no país para uma série de visitas aos hospícios brasileiros. Ao tomar conhecimento da vinda de Basaglia, o psiquiatra mineiro Antônio Soares Simone, vinte e oito anos à época, convidou o colega para visitar Minas, a fim de apresentar a ele as instituições psiquiátricas públicas [...] Foi o próprio Simone quem levou Basaglia, de carro, a Barbacena. De temperamento expansivo, o italiano passou a viagem de volta a Belo Horizonte em silêncio. Quando chegaram, seguiram direto para a Associação Médica Mineira, onde o estrangeiro ministraria um curso de psiquiatria social. Ao final da conferência, ele fez um pedido ao brasileiro: “Simone, eu quero que você acione a imprensa”. O prestígio de Basaglia atraiu toda a mídia para o endereço da conferência [...] e disse:” ***estive hoje num campo de concentração nazista (Hospital Colonia de Barbacena). Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta.***” (ARBEX, 2013, p. 184-185).

Em seu primórdio, o movimento se aproximou do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), tomando a parte de promover comissões sobre o tema de Saúde Mental dentro da estrutura do Centro pelos estados do país onde o movimento tinha representação, notadamente os estados da região sudeste.

O relatório elaborado pela comissão do Rio de Janeiro viria a ser apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, mesmo evento que foi gerado a concepção de sistema único de saúde a ser consagrado na Constituição de 1988. (BRASIL, 2005).

É neste cenário de redemocratização e luta contra a ditadura, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, que se constituiu o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica (RP). Isto irá influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores (cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social). (BRASIL, 2005).

A experiência da psiquiátrica democrática italiana comandada por Basaglia e sua crítica radical ao manicômio inspirou as movimentações brasileiras, proporcionando uma alternativa pela ruptura com os antigos paradigmas asilares. Em 1987, o movimento realizou em Bauru, São Paulo, o seu II Congresso Nacional,

que teve como mote “Por uma sociedade sem manicômios”, numa alusão aos ensinamentos de Basaglia. No mesmo ano, foi realizada no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que se consolidou como grande polo de encontro de discussões da comunidade psiquiátrica. Verifica-se dentro do processo de reforma psiquiátrica no Brasil períodos de grande produção dentro da comunidade psiquiátrica, com períodos de estagnação do processo. Historicamente, as décadas de 1980 e 1990 são marcos importantes nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país. (AMARANTE, NUNES, 2018).

3.2 As primeiras iniciativas legais pela humanização dos tratamentos psiquiátricos e a valorização do paciente pelo mundo

As discussões realizadas pela sociedade na década de 1970 e 1980 deram amplo crédito a comunidade psiquiátrica que cada vez mais ganhava voz no campo social, científico e político. Cada vez mais havia pressão exercida pela sociedade aos governos não só no Brasil, mas na América, pela implementação de mudanças em relação a política de tratamento psiquiátrico.

Essa pressão culminou na edição de vários documentos que tinham como norte a reestruturação da atenção psiquiátrica para a sociedade, como a Declaração de Luxor, que resultado de uma articulação feita pela Federação Mundial pela Saúde Mental, na cidade de Luxor, no Egito, na ocasião das celebrações do quadragésimo aniversário da organização não governamental que tem como foco debater a saúde mental ao redor do mundo. A Declaração de Luxor, tecnicamente a Declaração dos Direitos Humanos para os Doentes Mentais consiste em oito artigos, os quais elegem prioridades pela reformulação e introdução de uma política de assistência mental mais humana.

“Art. 4 – Os direitos fundamentais das pessoas que estão rotuladas, diagnosticadas, sob tratamento ou definidas como emocionalmente ou mentalmente angustiadas e/ou doentes, devem ser os mesmos dos demais cidadãos.

Art. 5 – Todos os doentes mentais tem direito a serem tratados com o mesmo profissionalismo e ética profissional comuns as outras pessoas doentes. Isso deve incluir esforços para promover o maior grau de autodeterminação e responsabilidade pessoal da parte deles” (Trecho da Declaração de Luxor, 1989, tradução nossa).

3.2.1 A Declaração de Caracas de 1990: O primeiro grande documento pela reestruturação dos tratamentos psiquiátricos na América Latina.

A Declaração de Caracas, que tem como nome oficial A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental é um documento editado em novembro de 1990 em Caracas, na Venezuela, resultado da Conferencia Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde, realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesta conferência, que teve a participação de membros da comunidade médica, legisladores e de representantes populares de diferentes países, foi debatida a insuficiência do modelo psiquiátrico tradicional, apontando a hegemonia do conceito de manicômio como principal serviço oferecido pelo modelo psiquiátrico tradicional. Este documento fez expressa recomendação para diversas organizações sejam governamentais ou não governamentais, no sentido de implementar na estrutura governamental e divulgar a reforma psiquiátrica nos respectivos países conferentes. (MACHADO, 2004)

[...] Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região. Trecho final da Declaração de Caracas, 1990. (OPAS, OMS, 1990).

Para os movimentos sociais e científicos que defendiam a reforma psiquiátrica, como o MTSM e os conferentes das conferencias de saúde mental ocorridas na década de 80, esta Declaração tem visceral importância por se tratar do primeiro documento legal pela reforma psiquiatria na América Latina, uma luta de muitas destas entidades. (MACHADO, 2004).

3.2.2 A Resolução 46/119 da Assembleia Geral da ONU: Os princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental.

A resolução 46/119 da ONU, que contém os princípios para proteção das pessoas com doenças mentais, aprovada em Assembleia Geral no dia 17 de

Dezembro de 1991 é um marco na luta pelos direitos das pessoas com doenças mentais. É a única resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas a tratar um único grupo de doenças, abordando os direitos humanos e a assistência a um grupo específico de enfermos. As discussões dessa resolução remontam a década de 1970, onde a ONU passou a investigar os sistemas de saúde de países que usavam a saúde mental e seu tratamento para fins de controle político. Documentos e protocolos de trabalho se sucederam, como os Relatórios Daes, Palley e Steele, trabalhos estes que terminaram com o texto aprovado da resolução. (BERTOLOTE, 1995.)

PRINCIPIO 1 – LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BASICOS

1. Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.
2. Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana.
3. Todas as pessoas portadoras de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante.
4. Não haverá discriminação sob pretexto de um transtorno mental [...]

Trecho da Resolução 46/119, da ONU, de 1991.

Essa resolução, pela sua relevância, inspirou diversas alterações legais em diferentes níveis de estruturas orgânicas legislativas ao redor do mundo. Alguns países, inclusive, chegaram a adicionar princípios constantes da declaração em suas Constituições Federais e Códigos Civis, como a Espanha e Moçambique (BERTOLOTE, 1995).

3.3 A evolução da legislação brasileira pelos direitos aos doentes mentais e a atualidade.

Ao longo do século XIX em diante, onde se começou a discutir a questão de assistência aos “alienados”, como eram chamados os doentes mentais na época. Os primeiros estabelecimentos destinados a acolher estes “alienados” foram criados pelo Segundo Reino, sendo instituídos majoritariamente pelas Santas Casas de Misericórdia, como visto anteriormente.

Após a proclamação da República, pouco mais de cinquenta dias depois, no começo de 1890, foi expedido o Decreto nº 142, separando do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro o Hospício de Pedro II, instituição pioneira na assistência aos “alienados”, passando o Hospício a ser denominado Hospício Nacional de Alienados. Foi o primeiro registro de legislação envolvendo o tema dentro do país.

A partir daí houve uma sequência de dispositivos legais ao longo da história até a atualidade, relacionados à saúde, muitos deles à saúde mental, onde os mais relevantes serão tema de estudo no decorrer do presente tópico. (MESSIAS, 2008).

3.3.1 Dispositivos legais que dispuseram sobre a saúde mental durante o fim do século XIX até a Lei Federal 10.216/01.

3.3.1.1 Os Decretos nº 142, 206, 508 e 791, de 1890: Os atos pioneiros pela regulamentação de uma rede assistencial aos “alienados”.

O Decreto nº 142, como visto, desmembrou o Hospício Pedro II da Santa Casa do Rio de Janeiro, sendo este o primeiro de uma sequência de quatro decretos regulamentando temas como a criação de uma assistência aos “alienados” administração, estruturação da rede hospitalar e outras providências.

O Decreto nº 206 criou o “serviço de assistência médica e legal de alienados”, regendo que esta assistência tinha por finalidade socorrer os doentes mentais carentes. Dentre os seus 42 artigos, também deliberava sobre a estrutura administrativa dos serviços, dos seus serviços, do corpo de pessoal, da admissão e saída dos pacientes, dentre outros temas relacionados ao dia-a-dia da instituição criada.

Art. 13. Todas as pessoas que, por alienação mental adquirida ou congênita, perturbarem a tranquillidade publicam, offenderem a moral e os bons costumes, e por *actos attentarem* contra a vida de outrem ou contra a propria, deverão ser *collocadas* em *asylos especiaes*, exclusivamente destinados á reclusão e ao tratamento de alienados. (BRASIL, 1890. Decreto 206-A).

Após quatro meses, foi promulgado o decreto nº 508, regulando determinações expedidas no decreto anterior e adicionando novas normas ao sistema de tratamento criado naquela oportunidade, estabelecendo, por exemplo, que o diretor-geral da instituição da então capital do Brasil deve ter competência provada em estudos psiquiátricos. O decreto nº 791 criou a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras dentro do Hospício Nacional dos Alienados, determinando como seria o curso.

3.3.1.2 *Dispositivos que regulamentaram ou alteraram legislações já estabelecidas ou criavam novas determinações.*

Na esteira dos decretos que regulamentaram o que seria uma política de assistência aos “alienados”, em decorrência da natural evolução dos estudos, do tempo, enfim, de diferentes fatores, estimularam o surgimento de instrumentos legais que visavam atualizar a política de assistência aos enfermos mentais.

O Decreto 2467/1897 determinava um novo regulamento a ser seguidos pelas instituições psiquiátricas, não trazendo grandes mudanças embora houvesse uma mudança na nomenclatura “alienada” para se definir os doentes mentais.

[...] (O Decreto) trouxe mudanças acerca das nomenclaturas para se referir à pessoa com transtorno mental: “enfermo”, “alienados mentais”, “acometidos de moléstia mental comum”, “moléstia nervosa” e “loucura”. A concepção de louco era a de uma pessoa perigosa, cuja liberdade poderia representar risco para a sociedade. (CANABRAVA *et al*, 2010, p. 171, *online*).

O Decreto 3244/1899 passou a exigir que todos os médicos que atendiam nas instituições psiquiátricas fossem especialistas.

Art. 4º A Assistência terá o seguinte pessoal: No Hospício: um *director*, que será ao mesmo tempo o medico em chefe do estabelecimento e terá a seu cargo o museu *anatomo-pathologico*, e quatro medicos, um para cada *secção*, todos especialistas. (BRASIL, 1899).

Em 1903, o Decreto 1132/1903 reorganizou a assistência aos enfermos mentais. Possuía menos artigos do que as leis anteriores (23), tratando dos

assuntos já abordados (como estruturação administrativa, punições, regras de convivência, etc.) no Decreto nº 142/1890, prevendo uma inspeção as instituições por uma comissão instituída pelo Ministério da Justiça a seu mando (BRASIL, 1903).

Este Decreto partiu da iniciativa do primeiro professor de psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, deputado João Carlos Teixeira Brandão, sendo ele, inclusive, relator do projeto durante sua tramitação na Câmara dos Deputados.

Em 1911, o Decreto 8834/1911 determinou a criação de colônias para “ébrios habituais e epiléticos”. No sentido de penalizar aqueles que contrabandeavam ópio, cocaína, morfina e outras drogas e também de criar um estabelecimento especialmente para internação dos viciados nestas substancias, o Decreto 4294/1921 veio regulamentar tais questões.

Em 1927, o governo federal decretou sob o nº 5148-A ordem para renomear a “Assistência aos Alienados”, passando a política de assistência aos enfermos mentais a se chamar “Assistência aos Psicopatas”, contendo outros elementos, segundo Paulo Delgado;

A explicitação de mecanismos legais de proteção à pessoa e aos bens do alienado, consistindo num aperfeiçoamento do decreto de 1903; a inovação capital do estatuto da capacidade limitada (que permanecerá em 1934 e na legislação sobre usuários de drogas de 1938), mas que não conseguiu sair do texto legal para a prática judiciária, e, finalmente, a obrigatoriedade da interdição do alienado. Este último ingrediente não é explícito na lei, mas vimos que produziu efeitos práticos no imaginário dos alienistas e no senso comum de familiares e pacientes. (DELGADO, Paulo. 1992).

3.3.1.2.1 O Decreto 24559 de 1934: Incentivo do poder público pela internação sem critérios médicos.

Já sob a presidência de Getúlio Vargas, o Decreto 24.559 de 1934 revogou o Decreto 1132/1903 e que dispôs “sobre a profilaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos (...)” Este decreto trocou a denominação “alienado” por “psicopata”, considerada mais ampla. (BRASIL, 1903).

Este decreto reafirmou a ideia de incapacidade plena do doente mental, generalizando a classificação de “doente mental” e facilitando a internação de doentes que atrapalhassem a sua família. Dessa maneira, foi consagrada a internação como regra no tratamento dos doentes mentais. Tal pensamento teve trágica consequência, uma vez que durante o tempo apenas a suspeita de enfermidade mental em alguém já era justificativa para uma internação forçada.

Estes internados tiveram seus direitos violados, cassados seus direitos civis, restringidos de acesso a suas famílias, dentre outras atrocidades. Não havia nenhum órgão de proteção aos internos, embora no papel (até 1944) houvesse um Conselho formado por órgãos da medicina, associações de classe e autoridades públicas, destinado à fiscalização das instituições asilares, que nunca se tornou realidade.

Também houve um movimento de judicialização na psiquiatria, com o tratamento dado associado ao posicionamento jurídico sobre o assunto. Apenas a existência do doente mental já passou a ser encarada como um problema de ordem pública, em face da periculosidade que estes transmitiam nas crises. Nesta esteira, o Código Penal de 1942 relacionou o prazo e a razão da Medida de Segurança determinada ao doente mental criminoso com a gravidade do crime cometido. Segundo Camila Freire Macedo;

Condicional a este raciocínio, o Código Penal de 1942 relacionou a duração e o caráter da Medida de Segurança aplicável ao doente mental criminoso à gravidade do delito, não ao que seria mais conveniente tendo em vista a natureza o distúrbio. Afirmou não se tratar de uma punição, mas de uma providência que tinha em vista a reabilitação do doente para que este retornasse ao meio social. No entanto, o que se viu na maioria das vezes foi a reduzida diferença entre a aplicação prática da Medida de Segurança e as penas efetivamente cumpridas nas prisões. Neste sentido, os doentes em questão eram apenas cerceados em um manicômio como forma de preservar a sociedade do perigo que representavam, tendo em vista o delito que cometeram, mas não se relevava sua condição enquanto indivíduos portadores de uma patologia. (MACEDO, Camila. 2006. Online).

Neste período, observou-se uma conexão da psiquiatria brasileira ao pensamento alemão, sendo abandonado o modelo francês, de Pinel, usado anteriormente e visto no começo deste trabalho. A importação mais marcante deste

sistema alemão foi o sistema de “*biologicismo*”, que justificava a doença mental meramente por características sociais, étnicas, políticas, econômicas, comportamentais, sexuais, enfim, o que a sociedade via de comportamento reprovável a época, direcionando a política de assistência a este público a políticas de higiene mental com pensamento racista, xenofóbico e eugenístico.

Esse decreto, que regulamentou uma política absolutamente ineficiente, com propósitos extremamente dúbios e que permitiu a realização de absurdos por parte das autoridades políticas e médicas, foram válidos por incríveis 67 anos, até a sua revogação pela lei 10216/01, que instrumentalizou a reforma psiquiátrica no Brasil.

3.3.2 A lei federal 10.216/01: O instrumento fundamental pela humanização do tratamento dos doentes mentais.

Após intensa luta por parte da comunidade acadêmica, médica, comunidade civil, ativistas e políticos ligados a causa de humanização dos tratamentos dos doentes mentais e pela luta de reconhecimento de seus direitos, foi aprovada a Lei Federal 10.216/01, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que dispõe, em resumo, da proteção e dos direitos aos portadores de transtornos mentais e reformulou profundamente o modelo assistencial de saúde mental oferecido pelo SUS. Seus dois primeiros artigos elencam os direitos dos portadores de transtornos mentais, garantindo à igualdade as demais pessoas sem qualquer forma de discriminação. Durante os atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares devem tomar ciência destes direitos por imposição da lei.

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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. (BRASIL, 2001).

A lei assevera a responsabilidade Estatal no desenvolvimento da política da saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, integrando o paciente a participação da sociedade e da família neste processo.

Este instrumento legal permite a internação em Hospitais Psiquiátricos, item alterado do projeto original apresentado em 1990, porém estabelecendo uma série de condições e exigências que para a permissão da medida de internação. Os arts. 4º ao 10º da lei definem e regulamentam os tipos de internação, sendo vedadas internações que desrespeitem os direitos estabelecidos nos arts. 1 e 2 da lei federal 10216/01.

A internação, em qualquer de suas modalidades (voluntária, involuntária e compulsória), só poderá ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem inócuos e apenas será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento,

mediante a apresentação de laudo médico circunstanciado e adequadamente motivado. Foi difundido o conceito de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que busca tratar os portadores de doenças mentais de forma a integrar o paciente a sociedade, junto com seu convívio social e sua família.

A atual lei psiquiátrica constitui um avanço, mas não basta por si mesma, fazendo-se necessária a fiscalização efetiva por parte das autoridades e da sociedade no que tange à regulação das internações involuntárias e da implantação de uma assistência coerente com os dias atuais, em que se privilegia o atendimento integrado a sociedade ao máximo possível. Desta forma, pode-se iniciar uma tentativa de resgatar uma dívida histórica que a sociedade moderna contraiu em relação ao portador de transtorno mental que, conforme demonstrado nesse trabalho, tanto sofreu.

CONCLUSÃO

Conforme exposto no presente trabalho, as doenças mentais foram enfrentadas pela sociedade de diferentes formas ao longo da história da humanidade. Nos tempos mais primórdios da civilização documentada, os doentes mentais eram vistos como seres que encarnavam manifestações divinas, sendo até em algumas culturas referenciados por este motivo. Porém, ao longo da linha do tempo de nossa evolução, observa-se uma marginalização extrema dos doentes mentais, que passaram a serem vistos como seres imundos, transgressores, pecadores, onde a manifestação da doença mental passou a ser interpretada pela sociedade como a materialização do demônio, já esta que com algumas modificações perduraram por muitos anos no mundo, sendo estes vistos como um problema estrutural das cidades, nunca sendo vistos como seres humanos, tendo seus direitos absolutamente cerceados pela população e pelas autoridades públicas.

Com o surgimento do modelo manicomial no século XVIII, os doentes mentais passaram a ser recolhidos e confinados em prédios, geralmente isolados das cidades, junto com demais doentes, de forma que estes fossem “tratados” por especialistas, tendo seus documentos recolhidos e sendo jurisdicionados a estas instituições. Neste ínterim, um forte pensamento eugenista permeava a alta sociedade brasileira, que cada vez mais segregava os doentes mentais e com o passar da primeira metade do século XX, os mesmos estabelecimentos que recebiam os doentes mentais passaram também a receber qualquer pessoa que transgredisse o *status quo* da época pelos mais ridículos motivos, tais como mulheres que engravidaram antes de se casarem, mulheres abandonadas pelos maridos, crianças que tinham mal comportamento, mendigos, homossexuais, afrodescendentes, por discordâncias políticas, entre outros motivos. Essa política de segregação a qualquer custo resultou em um desastre de níveis astronômicos. Mortes passaram a ser rotina, e sequer o direito a vida do paciente era respeitado pelas instituições psiquiátricas.

Neste passo, surgiram movimentos liderados por médicos, familiares de pacientes, pacientes e simpatizantes por um tratamento psiquiátrico mais humano. No Brasil, foi implantado o modelo de “psiquiatria democrática”, idealizado sob a liderança do médico Franco Basaglia, que consistia na desativação dos manicômios e no tratamento dos doentes mentais em convívio com a sociedade, valorizando este durante seu tratamento, resgatando a sua dignidade e lhe provendo efetivamente seus direitos humanos.

Por fim, no Brasil da atualidade, desde o advento da Lei 10246/2001, que normatizou a reforma psiquiátrica no Brasil, segue-se este modelo adaptado ao nosso país, sendo a joia desta coroa os CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), que veio para substituir os manicômios de forma que estes tratam o indivíduo e dão apoio a sua família de forma integrada ao seu cotidiano, dando autonomia e independência a estes, resgatando efetivamente os seus direitos que foram trucidados historicamente.

REFERÊNCIAS

ABCMED. **Trepanação: o que é e para que serve?**. Disponível em: <<https://www.abc.med.br/p/exames-e-procedimentos/1268173/trepanacao-o-que-e-e-para-que-serve.htm>>. Acesso em: 20 de Março de 2019.

AMARANTE, Paulo e Nunes, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciência & Saúde Coletiva**. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 24 de Setembro de 2019.

ANDRADE, Rodrigo de Oliveira. **Revista de Pesquisas FAPESP**. p. 89-93, 2018.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. p. 94, Editora Geração, 2013.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERTOLETE, José M.. **Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais**. 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de Outubro de 2019.

BRASIL. Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903. **“Reorganiza a Assistência a Alienados”**. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=63278&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>. Acesso em 13 de Outubro de 2019.

BRASIL. Decreto n. 142-A, de 11 de Janeiro de 1890. **Desannexa do hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 11 de Novembro de 2019.

BRASIL. Decreto n. 206-A, de 15 de Fevereiro de 1890. **“Aprova as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro ultimo, e crêa a assistência medica e legal de alienados”**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 11 de Novembro de 2019.

BRASIL. Decreto n. 24.559, de 03 de Julho de 1934. **“Reorganiza a Assistência a Alienados”**. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=63278&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>. Acesso em 13 de Outubro de 2019.

BRASIL. Decreto n. 508, de 22 de dezembro de 1903. **“Aprova o regulamento para a Assistência Medico-Legal de Alienados”**. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=63278&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>. Acesso em 11 de Novembro de 2019.

BRASIL. Decreto n. 791, de 27 de Setembro de 1890. **“Crêa no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras”**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-791-27-setembro-1890-503459-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 11 de Novembro de 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 24 de Outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, Novembro de 2005.

BRITO, Emanuele Seicenti de; VENTURA, Carla Aparecida Arena. **Evolução dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais: Uma Análise da Legislação Brasileira**. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/276389787_Evolucao_dos_direitos_das_pe

ssoas_portadoras_de_transtornos_mentais_uma_analise_da_legislacao_brasileira.
Acesso em 03 de Novembro de 2019.

CALLARD, Felicity, *et al.* **Mental Illness, Discrimination and the Law.: Fighting for Social Justice.** John Wiley & Sons, 2012.

CANABRAVA, *et al.* **Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934.** 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a21.pdf>. Acesso em: 07 de Novembro de 2019.

COSTA, Augusto César de Farias. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica.** In: **Direito Sanitário e Saúde Pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em 30 de Abril de 2019.

DELACAMPAGNE, Christian. **A contestação antipsiquiátrica.** Barbacena , v. 2, n. 2, p. 27, junho 2004 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000100003&lng=pt&nrm=iso. acesso em 21 de Março de 2019.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

FACCHINETTI, Cristiana. **Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental.** Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo , v. 11, n. 3, 2008.

FERREIRA NETO, João Leite. **Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana.** Interface (Botucatu), Botucatu, 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 de março de 2019.

FIGUEIREDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. **Entre Loucos e Manicômios: Historia da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil.** 2014. Ciências Humanas e Sociais.

FRANCO JÚNIOR, Hilário, 1948 - **A Idade média: nascimento do ocidente** - 2. ed. rev. e ampl. -- São Paulo: Brasiliense, 2003.

GABBAY, Rochelle. Oficina Palavrear: **Dos rastros da palavra a emergência do sujeito**. 2008. PUC-RIO, Rio de Janeiro. Disponível em https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=11713; Acesso em 21 de março de 2019.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. **Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem**. Texto contexto - enferm, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-369, Junho de 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 de Outubro de 2019.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma (re) visão**. 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2009.v14n1/297-305/>. Acesso em 07 de Outubro de 2019.

HUSSUNG, Tricia. **A história dos tratamentos das doenças mentais: Práticas obsoletas**. 2016. Disponível em: <https://online.csp.edu/blog/psychology/history-of-mental-illness-treatment>. Acesso em: 20 de Março de 2019

LIMA, Andréa Pereira de. **O modelo estrutural de Freud e o cérebro: uma proposta de integração entre a psicanálise e a neurofisiologia**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 37, n.6, p. 280-287, 2010.

MACEDO, Camila. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação Psiquiátrica no Brasil**. 2006. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatrica-no-brasil>. Acesso em 22 de Outubro de 2019.

MACHADO, Ana Lúcia. **Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais**. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200024&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de Outubro de 2019.

MESSAS, Guilherme Peres. **O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental**. História, Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 65-98, 2008.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento

mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008 disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso. acesso em 03 de Dezembro 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução 46/119, de 17 de Dezembro de 1991; **Princípios para proteção de pessoas com doenças mentais e a melhoria dos tratamentos.** Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/en/UN_Resolution_on_protection_of_persons_with_mental_illness.pdf. Acesso em 24 de Outubro de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação; cuidar sim – excluir, não.** Genebra: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde mental no mundo 2001 – Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança.** Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas.** 1990. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf Acesso em: 25 de Outubro de 2019.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Revista Latinoamericana de Psicologia**, 2004;

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas.** Rio de Janeiro. Ed. 34, 1994.

SPOHR, Bianca e SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Bases epistemológicas da antipsiquiatria: a influência do Existencialismo de Sartre.** *Rev. abordagem gestalt.* 2009, vol.15, n.2, pp. 115-1

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. **Declaration of Luxor: Declaration of Human Rights and Mental Health.** Luxor, Egito, 17 de Janeiro de 1989. Disponível em: <http://www.wfmh.org/PDF/DeclarationHR&MH.pdf>. Acesso em 21 de Outubro de 2019. Tradução nossa.