

A assistência à saúde mental no Brasil sob a perspectiva da (in) eficácia dos Direitos Humanos

La atención a la salud mental en Brasil desde la perspectiva de la (in)efectividad de los Derechos Humanos

*Leandro Luciano Silva Ravnjak*¹

*Rodrigo Leal Teixeira*²

*Bruna Rafaela Dias Santos*³

Resumo: No Brasil, as práticas em saúde mental evidenciam um contexto de violações sistemáticas de Direitos Humanos, que somente começou a ser alterado a partir da promulgação da Lei n.º 10.213/2001. O objetivo é analisar o panorama da proteção dos Direitos Humanos na saúde mental, considerando-se o histórico brasileiro de violência e discriminação contra as pessoas que convivem com transtornos mentais, deficiência intelectual e pacientes psiquiátricos. O presente estudo parte do método bibliográfico e documental, a partir do exame de publicações em revistas científicas, livros, artigos, doutrinas e nas legislações pertinentes ao objeto da pesquisa. A análise permitiu concluir que a influência sociocultural do modelo asilar na sociedade brasileira não se extinguiu com os fechamentos dos manicômios e as mudanças ocorridas na assistência à saúde mental, embora bastante significativas, ainda carecem de novas contribuições, em especial no campo jurídico.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Saúde Mental. Assistência em saúde mental. Saúde Coletiva. Institucionalização.

Resumen: En Brasil, las prácticas de salud mental se caracterizan por un contexto de violación sistemática de los derechos humanos, que sólo empezó a cambiar con la promulgación de la Ley n.º 10.213/2001. El objetivo es analizar el panorama de la protección de los derechos humanos en salud

¹ Advogado. Professor Universitário. Doutor em Educação pela FAE/UFMG. Mestre em Ciências Agrárias pela UFMG. Especialista em Direito do Trabalho e Processo do Trabalho, Especialista em Direito Público, Especialista em Gestão Integrada: Meio Ambiente, Saúde e Segurança do Trabalho. Graduado em Direito pela Faculdade de Direito de Sete Lagoas em 2003. Analista Universitário. Docente do Curso de Direito da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Docente do Curso do Direito do Centro Universitário - UNIFIPMoc.

² Advogado. Mestre em Direito pela Universidade FUMEC, área de concentração "Instituições Sociais, Direito e Democracia" e linha de pesquisa "Esfera pública, legitimidade e controle". Pós Graduado em Direito Tributário Faculdades Anhanguera. Graduado em Direito pelas Faculdades Santo Agostinho (2008). Professor de Prática Jurídica Civil e Processo Civil IV do Centro Universitário FIPMoc - UNIFIPMoc - AFYA. Professor no curso de Direito da Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES.

³ Graduanda em Direito pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES; integrante do Grupo de Pesquisa “Educação, Trabalho e Saúde”; Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG, no projeto de Iniciação Científica ‘HIV/AIDS sob a perspectiva do Direito: aprendizados e desafios’.

mental, considerando la historia brasileña de violencia y discriminación contra las personas que viven con trastornos mentales, discapacidad intelectual y pacientes psiquiátricos. El estudio se basa en el método bibliográfico y documental, examinando publicaciones en revistas científicas, libros, artículos, doctrinas y legislación pertinentes al tema de la investigación. El análisis permitió concluir que la influencia sociocultural del modelo asilar en la sociedad brasileña no se extinguió con el cierre de los manicomios y que los cambios ocurridos en la atención a la salud mental, aunque bastante significativos, siguen necesitando nuevas contribuciones, especialmente en el campo jurídico.

Palabras clave: Derechos humanos. Salud mental. Atención a la salud mental. Salud colectiva. Institucionalización.

1. Introdução

No Brasil, a assistência à saúde na área mental pode ser dividida em dois grandes conjuntos que refletem diferentes contextos socioculturais, são eles: o modo manicomial, também chamado de asilar, que pressupõe o trancamento do paciente em instituições de caráter totalizante e estigmatizante; e o modo psicossocial, também chamado de substitutivo ou comunitário, que se trata de um modelo aberto, de caráter democrático e emancipatório.

O primeiro conjunto de práticas, que vigorou até meados da década de 1990, foi progressivamente sendo substituído pelo modo psicossocial, consagrado pela Lei n.º 10.213/2001, principal conquista do Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP). Soma-se a isso a subscrição do Brasil à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e, posteriormente, a aceitação da jurisdição da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), e a primeira condenação, no Caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, em 2006, que também suscitou importantes reflexões sobre a urgência da superação do modelo manicomial e do reconhecimento da cidadania e autonomia dos ditos “loucos de todo gênero”.

Com o passar dos anos, além da Lei n.º 10.213/2001, outros diplomas jurídicos se juntaram na defesa dos direitos das pessoas com deficiência – como a Lei n.º 13.146/2015 – e houve a edição de importantes documentos no

cenário da proteção internacional que disciplinavam acerca da tutela jurídica da saúde mental.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre o panorama da proteção da saúde mental, considerando-se a trajetória brasileira de sistemáticas violações de Direitos Humanos contra as pessoas que convivem com transtornos mentais, deficiência intelectual e pacientes psiquiátricos; assim como, a evolução normativa do tema, com ênfase para o desenvolvimento e as recentes mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

A pesquisa será norteada pela seguinte pergunta-problema: “Os Direitos Humanos estão sendo observados no âmbito das práticas de atendimento em saúde mental no Brasil?”. O questionamento, parte justamente do interesse em compreender o histórico de violações de Direitos Humanos e os seus resquícios na atualidade, bem como a efetividade da reforma psiquiátrica.

Ao longo de muitas décadas, os estigmas e preconceitos em torno da loucura foram utilizados como justificativa para a marginalização, exclusão e outras violações de Direitos Humanos contra os pacientes psiquiátricos. O interesse pela temática advém da necessidade de compreender a trajetória da assistência à saúde mental no Brasil, os resquícios da cultura manicomial na atualidade e a efetividade da reforma psiquiátrica na garantia dos Direitos Humanos.

O presente estudo parte do método de abordagem dedutivo e é classificado como uma revisão de literatura. Buscou-se estabelecer a trajetória histórica e normativa do tema, com ênfase para as violações de Direitos Humanos das pessoas em sofrimento mental e as mudanças nas políticas de saúde mental promovidas pela constitucionalização do direito à saúde.

Para tal fim, foram utilizadas as técnicas bibliográfica e documental, a partir do exame de publicações em revistas científicas, livros, artigos, doutrinas, jurisprudências e legislações, pertinentes ao objetivo da pesquisa.

A estrutura do trabalho está dividida em três seções. Na primeira seção, será analisado o nascimento do modelo manicomial, as primeiras noções em torno da loucura, o surgimento dos movimentos sociais reformistas e os olhares sobre o tema concretizados após a constitucionalização do direito à saúde e a criação dos demais diplomas protetivos. Na segunda seção, será realizada uma reflexão sobre o tratamento jurídico da loucura e a evolução do tema no campo conceitual. Na terceira seção, será verificada a possível eclosão do chamado de direito à saúde mental, como uma garantia própria e autônoma.

2. A história da loucura no Brasil: dos manicômios à reforma psiquiátrica

Para compreender a forma como a sociedade contemporânea interpreta, interage e julga a loucura, se faz necessário revisitar as noções mais remotas que permeiam essa temática. A classificação de um comportamento como sinal de loucura pode estar intrinsecamente relacionada com as próprias condutas que determinado grupo social espera de seus membros. Por essa razão, a maneira como os indivíduos considerados loucos são vistos – seja em razão de sua excentricidade e/ou por apresentar um comportamento desviante – pode variar bastante de acordo com o contexto.

Historicamente, a concepção de loucura enquanto doença mental é definida como um resultado do transcurso do período clássico para a modernidade. Durante o período clássico, a loucura era associada ao misticismo e ao sobrenatural e os indivíduos, tidos como loucos, eram geralmente expulsos das cidades. Por sua vez, o racionalismo descreve o louco como o sujeito cuja razão está submetida aos desejos naturais, ou seja, aquele

que não é norteado pelas condutas morais vigentes. A partir de então, buscou-se institucionalizar esses sujeitos, com o objetivo de reprimir seu comportamento, corrigir os desvios ou recuperá-los, tornando-os seres produtivos, ou pelo menos, isolados dos membros da sociedade (FOUCAULT, 1978).

Acerca desta relação estabelecida entre o conceito de loucura e o seu momento histórico, Foucault (1978, p. 147-148) esclarece que:

A doença mental, que a medicina vai atribuir-se como objeto, se constituirá lentamente como a unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo, e isto sob o efeito do pensamento político e moral do século XVII. [...] O internamento do homem social preparado pela interdição do sujeito jurídico significa que pela primeira vez o homem alienado é reconhecido como incapaz e como louco; sua extravagância, de imediato percebida pela sociedade, limita – porém sem obliterá-la – sua existência jurídica. Com isso, os dois usos da medicina são reconciliados – o que tenta definir as estruturas mais apuradas da responsabilidade e da capacidade, e o que apenas ajuda a pôr em movimento o decreto social do internamento.

Os manicômios são classificados como instituições gerais, conceito que se refere a estabelecimentos sociais com tendências de “fechamento”, ou seja, barreiras com o mundo externo, que inclui a proibição de saídas, geralmente pensadas para indivíduos incapazes de cuidarem de si mesmos ou que representam alguma ameaça à comunidade (GOFFMAN, 1961).

Por sua vez, a categoria de “doente mental” torna-se socialmente significativa quando o sujeito passa pela hospitalização, uma vez que é no hospital psiquiátrico que o interno está sujeito às regras e condições degradantes do ambiente da instituição (AMARANTE, 2010).

No campo jurídico, Goffman (1961, p. 71-72) identifica que:

Evidentemente, os direitos negados a um doente mental são usualmente transferidos a um parente, uma comissão ou ao superintendente do hospital, que então se torna a pessoa legal cuja autorização precisa ser obtida para as numerosas questões que surgem fora da instituição: benefícios da previdência social, imposto de renda, manutenção de propriedades, pagamentos de seguro, pensões para a velhice, dividendos de ações, contas de dentista, obrigações legais assumidas antes do internamento, permissão para consulta do caso por companhias de seguro ou advogados,

permissões para visitas de outras pessoas, além dos parentes próximos etc.

É também nesse período em que surge a compreensão tradicional da incapacidade civil como sendo um elemento puramente técnico e relacionado à aptidão do sujeito para a formação da vontade. Por consequência, as internações psiquiátricas adotaram também uma concepção pautada na ideia de controle racional da vida. Devido à influência dessas ideias na tradição do direito privado, o diagnóstico médico terminou por tornar as decisões autônomas desses indivíduos como juridicamente irrelevantes (SCHULMAN; ZANLORENZI, 2019).

A loucura sempre foi percebida como socialmente perigosa, despossuída de coerência e permeada pelo erro, de modo que a reclusão seria a sua solução social. No entanto, com a modernidade, verificou-se uma importante mudança de paradigma, a partir da qual se passou a considerar a loucura como um mal potencialmente curável. Diante disso, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (DDHC) estabeleceu que a internação dos loucos somente seria possível como ato terapêutico, não obstante a reclusão continuar a ser eminentemente a prática dominante, justificada pela necessidade do tratamento (AMARANTE, 2010).

Apesar dessas mudanças, os estigmas continuaram fundamentando a marginalização e exclusão dos indivíduos tidos como loucos, uma vez que os torna, dentro do olhar social, como seres diminuídos ou estragados. Em regra, esse processo está frequentemente associado com a admissão em uma instituição de custódia, como uma prisão ou um sanatório, já que ambas as instituições representam um destino possível aos indivíduos considerados socialmente indesejáveis. Note-se que, em função disso, os ex-internos, quando saem de hospitais para tratamentos de saúde mental, relatam em razão do estigma que enfrentam, a necessidade de esconder o seu passado, em virtude da condição social desfavorável gerada pela experiência institucional (GOFFMAN, 2004).

A noção de desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos, em decorrência de um plano de medidas do governo Kennedy, visando a prevenção de práticas de internações inadequadas em instituições psiquiátricas. No entanto, essas reformas não possuíam um caráter de superação do modelo fundante da psiquiatria, mas sim em transformações de cunho superficial, de natureza meramente administrativa e organizacional. Logo, essas medidas não tiveram impactos significativos nas estruturas sociais e manteve-se a posição social anterior dos pacientes e ex-pacientes das instituições psiquiátricas (AMARANTE, 2010).

Desde meados do século XV, a loucura é alvo de repressão, castigos e punições, sendo que mesmo nos contextos da modernidade, ao passar a ser entendida como uma doença que se pode observar, catalogar e, em alguns casos, até mesmo tratar, os loucos ainda ocupavam um lugar social de transgressão, estando o conceito de doenças mentais fortemente atrelado às noções de produtividade e cuja culpabilidade é identificada no próprio sujeito – que deveria reconhecê-la e libertar-se dela, deixando transparecer a verdade de sua doença para suprimi-la e, então, reatar com sua liberdade ao aliená-la no querer do médico (FOUCAULT, 1978).

No Brasil, a loucura também passa por diferentes conceitos que refletem os contextos de sua época, bem como os tratamentos e o olhar social para a pessoa do louco. Amarante (2010, p. 77) propõe as seguintes reflexões acerca do tema:

A doença mental, objeto construído pela psiquiatria, tem sido a justificativa que sustenta a exclusão daqueles que são considerados enfermos. A realidade manicomial, contudo, vem demonstrar que o que se exercita sobre a doença objetivada é mais um ato de violência que um ato de cura ou libertação. Mas o que é a doença mental? Esse conjunto de trejeitos, excentricidades, idéias absurdas e obscenas que o psiquiatra observa, cataloga, relaciona e interpreta? E, sobretudo, quem é esse homem, doente, autor de todas essas expressões?

Ao final, partindo destes questionamentos, Amarante (2010, p. 115) concluiu que:

A desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É manifestação ética, sobretudo, se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas, e inventa - prática e teoricamente - novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos.

A designação negativa da loucura e a exclusão social decorrente dos estigmas do sujeito tido como louco perante a sociedade, vão além da ciência médica e permeiam a percepção do indivíduo enquanto um ser social. Por consequência disso, outras instituições, como a polícia, a família e a justiça também desempenham um papel ativo na tentativa de compreender, classificar e julgar a loucura, por meio de critérios que dizem respeito às transgressões das regras.

Embora a materialização dos instrumentos de segregação social da loucura tenha se tornado mais evidente somente após a criação dos manicômios, não se pode negar que os indivíduos identificados nessa categoria sempre estiveram à margem de diferentes contextos sociais.

Por seu turno, o direito era utilizado somente como meio um de controle e penalização de comportamentos tidos como extravagantes e/ou desviantes, inerentes a loucura, e até um momento muito recente na história, não havia instrumentos protetivos próprios para a parcela da população que convivia com transtornos mentais, deficiências intelectuais ou mesmo para aqueles que residiam em instituições psiquiátricas.

2.1. A perspectiva constitucional sobre a saúde mental

O desenvolvimento de uma perspectiva constitucionalista do direito à saúde e de proteção do aspecto mental foi precedido de diversas mudanças sociais e também legislativas. Com efeito, foi somente com o processo de abertura democrática, que resultou na Assembleia Constituinte de 1988, é

que começaram a ser instituídas as primeiras políticas públicas voltadas especificamente para a ampliação do acesso à assistência à saúde mental.

Durante vários anos, os hospitais psiquiátricos foram o destino de todos os tipos tidos como indesejáveis pela sociedade (mendigos, homossexuais, mães solteiras, negros, pessoas com deficiência, militantes políticos e outros). Até a década de 1960, a institucionalização era percebida como a única solução terapêutica para a enfermidade mental, além de uma ferramenta de segregação de indivíduos e grupos estigmatizados (AMARANTE, 2010).

Na prática, os internos eram submetidos a tratamentos cruéis, fome, violência física, sexual e moral, entre outros exemplos de violações de Direitos Humanos. Na obra jornalística *Holocausto Brasileiro*, estão registradas as primeiras impressões do fotógrafo Luiz Alfredo e do repórter José Franco, ao presenciar os maus-tratos vivenciados pelos internos do Hospital 17 Colônia, na cidade de Barbacena, no Estado de Minas Gerais (MG), durante a década de 1960. Segundo Arbex (2013, n.p), ao adentrar na instituição:

Milhares de mulheres e homens sujos, de cabelos desgrehados e corpos esqueléticos cercaram os jornalistas. A primeira imagem que veio à cabeça de José Franco foi a do inferno de Dante. Difícil disfarçar o choque. O jornalista levou um tempo para se refazer e começar a rascunhar em seu bloco suas primeiras impressões. Já Luiz Alfredo, protegido pela sua Leica, decidiu registrar tudo que a lente da sua câmera fosse capaz de captar. Quase todas as imagens feitas naquela tarde foram registradas em preto e branco, em rolos de filme 35 mm. A loucura que desfilava diante dos seus olhos não o impressionava, e sim as cenas de um Brasil que reproduzia, menos de duas décadas depois do fim da Segunda Guerra Mundial, o modelo dos campos de concentração nazistas.

Com efeito, o cenário do Hospital Colônia não é distante de outros manicômios ao redor do mundo. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, ao se confrontar com uma realidade semelhante em seu país, começou a desenvolver sua crítica e ação política, contra o modelo de psiquiatria vigente. Basaglia propôs um processo prático de desconstrução e de criação de uma nova realidade, partindo da negação do ato terapêutico como ato de violência mistificada e do conceito de doença mental como construção teórica. De acordo com Amarante (2010, p. 94 *apud*. SARTRE, 1981, p. 347):

A pergunta ‘o que é a psiquiatria?’, propositadamente ‘provocativa’, nasce do estado de mal-estar real no qual se encontra a psiquiatria que, no confronto com seu objeto, não pôde mais que definir a diversidade e a incompreensibilidade em simples e concreta estigmatização social. A discussão do método científico torna-se o escopo desta obra que, tendo como base a pesquisa psiquiátrica, no contexto ainda das reflexões de Sartre em *Crítica à Razão Dialética*, atenta para o fato de que a “distância do pesquisador do terreno da própria pesquisa é particularmente significativa no caso do psiquiatra”, o que determina ao psiquiatra afastar-se do doente, de seu sofrimento e de sua condição real de institucionalizado.

Em linhas gerais, os primeiros movimentos sociais que propunham a reformulação da assistência à saúde mental buscaram inspiração na crítica epistemológica do saber médico da psiquiatria proposto por Basaglia, que colocava em questão o próprio conceito de doença mental. Assim sendo, a promulgação da Lei n.º 180/1978 – que garantiu a extinção progressiva dos manicômios em todo o território italiano e teve grande repercussão internacional – atribuiu um caráter fortemente político às ideias e propostas dos movimentos antimanicomiais brasileiros (PITTA, 2011).

Destaca-se a atuação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), primeiro sujeito coletivo com o propósito de reformulação da assistência psiquiátrica. O MTSM foi significativamente influenciado pelas ideias de Basaglia e, em meados da década de 1970, já propunha um novo modelo de psiquiatria. No contexto, surgiram as primeiras experiências extra institucionais bem-sucedidas, voltadas para uma forma de cuidado em saúde mental, segundo a qual o tratamento não estaria baseado na exclusão dos indivíduos em ambientes de violência e morte social (PITTA, 2011).

Na final dos anos 1970, surgiu o MRP, cujo lema era o desejo de “uma sociedade sem manicômios”, com o objetivo de combater a violência, a discriminação e extinguir as instituições e concepções manicomiais vigentes. Na década seguinte, este movimento integrou as lutas pela redemocratização do país, estando presente inclusive na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde foram definidas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (AMARANTE; NUNES, 2018).

No âmbito das deliberações da 8ª CNS, houve diversas críticas ao modelo asilar dos grandes hospitais públicos e da ausência de fiscalização em instituições da rede privada. Além disso, ganhou ênfase a necessidade de recontextualização dos pacientes psiquiátricos, através da garantia de seus direitos e do exercício da cidadania. Por sua vez, mesmo que o texto constitucional não faça menção à saúde mental especificamente, ao assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os Direitos Humanos e liberdades inerentes ao ser humano, incluiu-se também as pessoas que convivem com demandas de saúde mental e pacientes psiquiátricos (VIVAS, 2021).

Documentos produzidos pelas autoridades sanitárias, no decorrer da década de 1980, demonstraram que o sistema vigente estava organizado majoritariamente em torno da internação em hospitais privados, que auferiram amplos benefícios financeiros advindos de fontes públicas. Apesar de concentrar grande parte dos investimentos estatais em saúde, a maioria dos internos dos hospitais privados viviam em condições sub-humanas e muitos morriam em decorrência de desnutrição, doenças infectocontagiosas ou por ações violentas como espancamentos e torturas (TENÓRIO, 2002).

Os governos militares (1964-1985) consolidaram a articulação entre a privatização da assistência à saúde e o direcionamento do financiamento público para a esfera privada, por meio da contratação de leitos em clínicas e hospitais conveniados, para atendimento da demanda pelas internações. Em vista disso, no primeiro momento da redemocratização, as propostas de reformulação da assistência à saúde mental limitaram-se ao aperfeiçoamento e universalização dos dispositivos tradicionais já existentes, embora tenham contribuído para o amadurecimento da perspectiva antimanicomial (TENÓRIO, 2002).

A partir do paradigma estabelecido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988), houve uma ampliação das demandas por justiça na sociedade, de modo que se pode considerar que ocorreu uma verdadeira redescoberta da própria cidadania e um processo de

conscientização das pessoas em relação aos seus direitos. Como principal fruto da constitucionalização, verificou-se a irradiação dos valores abrigados nos princípios e regras da Constituição por todo o ordenamento jurídico, refletidos também na elaboração de novas leis, criadas justamente para atender a essas mudanças introduzidas (BARROSO, 2018).

Não obstante, a criação de leis e portarias, voltadas especificamente à proteção dos indivíduos com demandas de saúde mental e regulamentação das unidades de apoio psicossocial, somente se deu após décadas da promulgação da CRFB/1988, cujo principal fruto é a Lei n.º. 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (PITTA, 2011).

Ressalta-se que os “Princípios para a Proteção às Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), no ano de 1991, e a Declaração de Caracas, de 1990, ambos assinados pelo Brasil, apesar de não possuírem conteúdo normativo, foram consideradas como marcos conceituais para a Lei n . 10.216/2001 (VIVAS, 2021).

De fato, mesmo após a promulgação da CRFB/1988 e o início das políticas de ampliação dos meios comunitários de assistência à saúde mental em todo o país, os impactos na realidade dos hospitais psiquiátricos não se deram de modo imediato. Pelo contrário, o Brasil ainda iria protagonizar, menos de uma década depois, um dos principais episódios de violência institucional contra pacientes psiquiátricos.

Como já mencionado anteriormente, o cenário dos manicômios brasileiros era descrito como um ambiente comparável ao modelo dos campos de concentração nazistas, com higiene e alimentação precárias, a presença de animais peçonhentos, doentes esquecidos nos leitos, inúmeros corpos empilhados, precariedade e violência.

Muito embora, a obra Holocausto Brasileiro se dedique ao relato dos casos ocorridos no Hospital Colônia, no município de Barbacena – MG, a forma manicomial era o modelo hospitalar predominante e as práticas eram

semelhantes em todo o Brasil. Ademais, mesmo após o encerramento da referida instituição, houve outras ocorrências de violações de Direitos Humanos em locais de tratamento mental, sendo que o caso de maior repercussão na época foi objeto da primeira condenação no Brasil frente à Corte IDH (PAIVA; HEEMANN, 2020).

Na década de 1990, o Caso Ximenes Lopes foi o primeiro precedente a versar sobre a violação de Direitos Humanos de pessoas com deficiência mental, demonstrando a urgência de que a assistência à saúde mental no país fosse repensada e houvesse a sua regulamentação. Após a condenação do Estado brasileiro na Corte IDH, foram estabelecidos ao Brasil os deveres de indenização, para com os familiares da vítima, e de desenvolvimento da política antimanicomial no país, bem como o reconhecimento de uma particular vulnerabilidade das pessoas que convivem com questões mentais, principalmente, aquelas que se encontram em hospitais psiquiátricos (PUENTE, 2015).

No ano de 1999, Damião Ximenes Lopes foi internado na instituição psiquiátrica Casa de Repouso Guararapes, na cidade de Sobral, no Estado do Ceará, um hospital privado contratado pelo Estado para prestar serviços psiquiátricos, onde faleceu em decorrência dos maus tratos sofridos, menos de três dias após a sua admissão. No dia do falecimento, a mãe esteve no hospital para visitá-lo e o encontrou sangrando, com sinais de agressão física, sujo e fedendo excrementos, com as mãos amarradas para trás, dificuldade para respirar, em um estado agonizante, gritando e pedindo auxílio à polícia (PUENTE, 2015).

Diante da omissão do Estado brasileiro em investigar o caso e apurar a responsabilidade da instituição, a Corte IDH concluiu que houve diversas violações de Direitos Humanos em face de Damião Ximenes Lopes e de seus familiares. O fato fez reacender o ativismo do MRP, que passou a promover novos encontros, com vistas à regulamentação da assistência à saúde mental,

a promoção do direito à saúde e da dignidade dos pacientes psiquiátricos (PAIVA; HEEMANN, 2020).

A Lei n.º 10.216/2001 é o principal fruto do MRP e constitui um importante instrumento normativo de proteção dos Direitos Humanos das pessoas que convivem com questões de saúde mental, com deficiência intelectual e de pacientes psiquiátricos em geral. A partir disso, buscou-se a reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. No entanto, inspirados pela atuação dos movimentos sociais reformistas, alguns Estados da federação, incluindo o Estado de MG, antes mesmo da promulgação da referida lei, já estabeleceram a substituição dos leitos hospitalares por uma rede integrada de serviços de atenção psicossocial (DALLARI; AITH, MAGGIO, 2019).

Diante do exposto, verifica-se que a instituição de uma tutela jurídica específica para a proteção dos pacientes psiquiátricos e das pessoas que convivem com questões de saúde mental foi precedida de um longo histórico de negligência e sucessivas violações de Direitos Humanos. Por esse motivo, mesmo com alguns avanços, sua efetivação ainda constitui um desafio e não se pode dizer que houve uma ruptura completa com o modelo manicomial anteriormente vigente.

3. Os lugares da loucura no Direito

Ao longo dos séculos, a concepção jurídica de saúde e doença mental vem se alterando à medida em que a própria sociedade brasileira muda, refletindo a evolução do direito à saúde e as contribuições das teorias dos Direitos Humanos e das normas internacionais no cenário local.

Na legislação brasileira, os temas doença mental e capacidade foram tratados, pela primeira vez, no Código Criminal do Império (1830), que trazia as seguintes previsões:

Art. 10. Também não se julgarão criminosos: 2º Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime. Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente.

Mais tarde, o Código Penal de 1890, que substituiu o diploma anterior, tratou dos assuntos supracitados, nos seguintes artigos:

Art. 27. Não são criminosos: § 3º Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação; Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico.

A legislação seguinte a tratar do assunto foi o Decreto n.º 1.132/1903, promulgado pelo Presidente Rodrigues Alves, que, com o intuito de salvaguardar a ordem pública e a segurança das pessoas, previu o procedimento a ser seguido para a internação e a necessidade de laudo médico, bem como a proibição da manutenção de pessoas com transtornos mentais em estabelecimentos penais. Para os padrões da época, houve uma sensível evolução no tratamento jurídico destas temáticas (SANTORO FILHO, 2019).

Após isso, a capacidade civil passou a ser disciplinada também no Código Civil de 1916 (CC/1916), que dispunha, em seu artigo 1.132, §5º, inciso II, que eram absolutamente incapazes de exercer os atos da vida civil “os loucos de todo o gênero”. Tradicionalmente, o Direito Civil traduz a doença mental pelo signo da incapacidade, fixado a partir do reconhecimento ou da negação jurídica da vontade.

Durante o ‘Governo Provisório’ de Getúlio Vargas, sob influência das teorias higienistas, houve a edição do Decreto n.º 24.559/1994, que revogou o diploma anterior, passando a disciplinar o tratamento, amparo médico, fiscalização dos serviços psiquiátricos, entre outros temas relativos à tutela jurídica das pessoas com transtornos mentais. Vale ressaltar o caráter eminentemente manicomial e viés eugenista do referido diploma normativo,

muito embora, tenha estabelecido critérios mínimos para as internações em instituições de longa permanência (CAPONI, 2009).

O Código Penal de 1940 (CP/1940), inicialmente seguiu na mesma linha do Decreto n.º 24.559/1994, tendo como principal escopo o afastamento e a exclusão social das pessoas com transtornos mentais, em detrimento de sua inclusão social (SANTORO FILHO, 2019).

A Lei n.º 7.209/1984, que alterou algumas disposições do CP/1940, introduziu, ainda que timidamente, a primazia do tratamento médico sobre a segregação social de pessoas que convivem com transtornos mentais, consideradas juridicamente inimputáveis ou semi-inimputáveis. Diante disso, como regra, foi estabelecido o cumprimento de medida de segurança em hospitais de custódia e tratamento, desde que os crimes cometidos estivessem sujeitos à pena máxima de detenção. Além disso, definiu que a internação ou tratamento ambulatorial ocorreriam por tempo indeterminado, até a averiguação da cessação da periculosidade por perícia médica especializada (PAULON *et al.*, 2017).

No entanto, a reforma do CP/1940, ocorrida em 1984, recebeu críticas devido a ideia de periculosidade, de origem na Criminologia Positivista, que foi introduzida juntamente com as medidas de segurança. Com isso, a noção de responsabilidade foi substituída pela concepção de que o crime pode ser fruto de patologias psicossomáticas, que se fundamentam na própria personalidade do sujeito. O mesmo sentido ainda é empregado atualmente, mesmo que tenha surgido entre o fim do século XIX e início do século XX, como um meio de projetar sobre determinadas pessoas – no caso os indivíduos identificados como loucos – uma conotação patológica capaz de materializar os medos presentes no imaginário social (CAETANO; TEDESCO, 2017).

Em linhas gerais, os primeiros manicômios judiciários surgiram na Europa, especificamente na Inglaterra, no decorrer da segunda metade do século XIX, com vistas à organização da assistência médico-legal dos loucos infratores. No contexto, buscava-se a substituição das teorias atreladas ao

Direito Penal Clássico, por um modelo de medidas pautado nas produções científicas da época. Inspirado por esses movimentos, foram adotadas também no Brasil as medidas de segurança, cujo período de seu cumprimento estaria baseado na ideia de periculosidade. Inicialmente, havia sido adotado o denominado sistema ‘duplo-binário’, segundo o qual a pena deveria ser aplicada juntamente com as medidas de segurança. Porém, com a reforma de 1984, estas passaram a ser aplicadas somente aos inimputáveis e semi-inimputáveis. Resumidamente, a crítica a esse modelo se fundamenta na suposta incomunicabilidade, entre os princípios constitucionais da legalidade e da proporcionalidade da pena e a noção de periculosidade vigente (PAULON *et al.*, 2017).

A questão mental só voltou a ser citada posteriormente, com a edição da Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990), que traz as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e financiamento dos serviços correspondentes. Apesar de não detalhar diretamente nenhum serviço de atenção à saúde mental ou quanto às obrigações dos entes federados em questões dessa natureza, a referida Lei trouxe algumas menções ao bem-estar mental e ao acompanhamento psicológico no sistema de atendimento (VIVAS, 2021).

Conforme citado anteriormente, a atenção à saúde mental somente começou a ser abordada de forma específica na Lei n.º 10.216/2001 que, mesmo não reconhecendo expressamente o direito à saúde mental, afirma categoricamente a proteção aos direitos das pessoas recolhidas em instituições psiquiátricas. A referida norma traz no seu bojo três diferentes modalidades de internação: a voluntária, que se dá com o consentimento do paciente; a involuntária, que se dá sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiro; e a compulsória, que se dá por determinação da Justiça. Em qualquer modalidade, a internação tem como finalidade a reinserção social do paciente e deve ocorrer mediante formalização do requerimento, instruído com atestado médico circunstanciado, que fundamente a excepcionalidade da

medida e informe sobre ineficácia dos recursos extra-hospitalares no caso (VIVAS, 2021).

Com efeito, o Código Civil de 2002 (CC/2002), em seu texto original, trouxe uma série de limitações aos direitos e à capacidade jurídica das pessoas com deficiência e transtornos mentais. Todavia, com a promulgação do Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPCD/2015), grande parte destas restrições foram suprimidas, na tentativa de adequar a legislação nacional à Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, da Organização das Nações Unidas (ONU). Em síntese, essa lei alterou o CC/2002 para limitar as hipóteses de incapacidade absoluta somente para as pessoas menores de 16 anos, revogou as restrições quanto à capacidade para testemunhar e de se casar e adequou o instituto da curatela para os casos de incapacidade relativa (MENEZES, 2018).

Em que pese a insipiência de produções no campo jurídico, voltadas de forma mais particular para a saúde mental e seus desdobramentos, somada à falta de menção na legislação sobre o direito fundamental à saúde mental, notam-se significativos avanços, em especial, após a Lei n.º 10.216/2001, que inverteu o sistema até então vigente, tornando possível a gradativa inserção social das pessoas que convivem com transtornos mentais, deficiência intelectual e dos pacientes psiquiátricos em geral.

4. Direito à Saúde Mental: utopia ou realidade?

Com a evolução do tratamento jurídico do assunto, começou a se discutir acerca da possibilidade de reconhecimento de um novo direito, autônomo e com características próprias: o direito à saúde mental. De acordo com essa perspectiva, essa diretriz estaria presente, não somente como uma ramificação do direito à saúde, mas como uma prerrogativa de toda pessoa, a ser assegurada nas mais diversas esferas de sua vida – dentro das relações de trabalho, na área de comunicação, na segurança pública, entre outros.

Após promulgação da CRFB/1988, em consonância com as reivindicações derivadas da 8ª CNS, foi outorgada à saúde o patamar de direito social fundamental, atribuindo-lhe princípios e diretrizes próprios, são eles: a universalidade, a igualdade, a gratuidade e a integralidade. O princípio da universalidade garante a todos os brasileiros, independentemente de qualquer coisa, o direito ao acesso às ações e serviços de saúde que podem e devem ser disponibilizados à população. Complementarmente, a igualdade orienta que a assistência à saúde deve ser pautada na isonomia, transmitindo-se as ações de forma igualitária, sem deixar de tratar de forma desigual os desiguais, na exata medida de suas desigualdades. Por sua vez, o princípio da gratuidade informa que os serviços prestados pelo SUS não podem gerar qualquer tipo de cobrança aos usuários. Ao final, a diretriz da integralidade objetiva a erradicação das causas, a diminuição dos riscos e tratamentos dos danos em saúde, com ênfase na priorização das atividades preventivas e em todos os níveis de complexidade (DALLARI; AITH, MAGGIO, 2019).

A ampliação da perspectiva constitucional sobre o direito à saúde, para abranger o bem-estar mental, somente tornou-se factível com a apresentação do Projeto de Lei n.º 3.657/89, que deu origem à Lei n.º 10.216/2001. No ponto, os princípios que orientam a proteção jurídica do direito à saúde e o SUS, passaram a refletir na reestruturação da assistência psiquiátrica, permitindo também a introdução de modelos alternativos, centrados no paciente e na sua inclusão na comunidade (SANTOS; PONTES, 2017).

A atuação de organismos e instrumentos criados no plano internacional também foram fundamentais para o reconhecimento e proteção da saúde mental, pela via dos Direitos Humanos. A Declaração de Caracas de 1990, realizada no âmbito da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, na Venezuela, contribuiu para o fortalecimento dos instrumentos de

reforma psiquiátrica e reconhecimento da relevância da atenção primária em saúde mental (SANTOS; PONTES, 2017).

Com a ampliação da proteção internacional dos Direitos Humanos, desenvolveu-se no campo o conceito de ‘consentimento informado’, que se refere à necessidade de exigir dos profissionais da saúde a consideração dos desejos expressos do paciente no momento de um tratamento. A questão torna-se ainda mais complexa quando diz respeito às pessoas com deficiência intelectual e transtornos mentais, já que a sua condição pode impedir a manifestação da vontade, de modo livre, consciente, claro e efetivo (VENTURINI, 2017).

Outro fenômeno bastante relacionado à efetividade dos Direitos Humanos é a judicialização que, em regra, tem como fundamento a correção de omissões legislativas e a concretização de determinadas políticas públicas. Por conseguinte, a judicialização dos direitos relaciona-se de forma intrínseca com a própria constitucionalização dos direitos sociais (BARROSO, 2018).

No âmbito da saúde mental, esse fenômeno também ocorre pela necessidade de efetivação do direito individual, por meio do acesso a tratamentos médicos e/ou à assistência farmacêutica, como sucede em grande parte dos casos de judicialização da saúde, porém, também tende a estar relacionado, de forma mais específica, com demandas de familiares e profissionais da saúde, com foco na compulsoriedade do tratamento de saúde mental (VIVAS, 2021).

Sabe-se que o microssistema jurídico-sanitário, como um todo, carece de aperfeiçoamentos e melhorias. Especificamente, na esfera da saúde mental, requer da sociedade, dos profissionais da saúde e das autoridades públicas, uma nova postura, em consonância com os objetivos da reforma psiquiátrica e a partir dos princípios da universalidade, igualdade, integralidade e gratuidade, que orientam a atuação sanitária. Ademais, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inegavelmente, deve ser organizada, planejada e executada, em conformidade à realidade local e em interação com

os fatores ambientais e sociais, vinculados à saúde mental (DALLARI; AITH, MAGGIO, 2019).

Em que pese a consolidação da atual PNSM no campo jurídico e a evolução do conceito de capacidade, nota-se que o consentimento do paciente com o tratamento médico, a efetividade das políticas públicas vigentes e a observância, pelos profissionais da saúde e o próprio poder público, em suas esferas de atuação, de métodos atualizados e amparados em evidências científicas, ainda se inserem como utopias. Apesar disso, a literatura aponta para a existência do direito à saúde mental, embora o indique como sendo um processo em construção (VIVAS, 2021).

Diante disso, observa-se que o direito à saúde mental, não se restringe às pessoas que convivem com transtornos mentais, deficiência intelectual e pacientes psiquiátricos, uma vez que o bem-estar psíquico é uma necessidade básica de todo ser humano. No entanto, deve-se assegurar uma especial proteção a esses públicos, tendo em vista as vulnerabilidades sociais que decorrem do contexto de sistemáticas violações de Direitos Humanos.

Pode-se dizer, portanto, que essa prerrogativa tem como escopo assegurar a todos a integridade psíquica e o pleno desenvolvimento intelectual e emocional, além de garantir àqueles que convivem com condições especiais, que justifiquem essa distinção, a proteção de seus direitos específicos. Entretanto, não se pode olvidar a existência de outras determinantes que prejudicam a qualidade dos serviços em saúde pública no país e que, conseqüentemente, afetam a universalização do acesso a essas garantias.

5. Conclusão

No Brasil, as práticas em saúde mental evidenciam um contexto de violações sistemáticas de Direitos Humanos, que, somente começou a ser alterado, a partir da promulgação da Lei n.º 10.213/2001. Ao longo de muitos

anos, os manicômios serviram como verdadeiros depósitos de indivíduos tidos como socialmente indesejáveis, não havia uma preocupação estatal em relação às condições de higiene, segurança, alimentação e cuidados de saúde que eram oferecidos a essas pessoas e o escopo do tratamento era a discriminação e o isolamento da loucura.

Conseqüentemente, o sujeito tido como louco, sempre ocupou um lugar de transgressão, de insubmissão às normas sociais, de incapacidade de exercer controle sobre a própria vontade e de estigmatização.

Inspirados pelas ideias de Franco Basaglia, os profissionais brasileiros da saúde mental iniciaram uma luta, que levaria mais de duas décadas para colher os seus resultados, mas que acabou inspirando diversos setores da sociedade civil a se unirem em torno da criação de um país sem manicômios.

Inegavelmente, a influência cultural dos manicômios no imaginário social, não desapareceria somente com os fechamentos dos hospitais psiquiátricos, mas, sim exigiria enormes esforços no enfrentamento dos estigmas e preconceitos contra os ex-pacientes psiquiátricos, de modo geral, e as pessoas que convivem com transtornos mentais e com deficiência intelectual, de modo específico.

Não obstante diversos dados apontem que o modelo comunitário vem se sobressaindo em relação ao manicomial, gerando menores custos para o poder público e melhores condições de tratamento para a população, não se pode olvidar que a reforma psiquiátrica ainda não foi implementada de forma integral em todo território nacional.

Na prática, além dos aspectos socioculturais, a reforma psiquiátrica, também precisou encarar as profundas desigualdades sociais e regionais brasileiras, que afetam significativamente o acesso e a continuidade aos tratamentos de saúde. Por essa razão, verifica-se que, a garantia de universalização da oferta de serviços de saúde mental gratuitos, pautados em um modo de atenção psicossocial e comunitário, sempre sofreu entraves sociais, operacionais e, sobretudo, orçamentários. Soma-se a isso a incipiência

de produções no campo jurídico acerca do tema, que dificultam a ampliação e o aperfeiçoamento dos instrumentos protetivos.

Tratando-se de um debate de caráter complexo e intersetorial, é premente a necessidade de que o destino das políticas públicas de atenção à saúde mental, sejam incorporados pelas mais diversas áreas do conhecimento, para que novas perspectivas sejam agregadas e o futuro aumento nessa demanda, que já vem sendo projetado, possa ser enfrentado da forma mais adequada.

Referências

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 23(6): 2067-2074, 2018.
- ARBEX, Gabriela. **Holocausto Brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil** [livro eletrônico]. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830**. Brasil: Diário Oficial da União, 1830. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm>.
- BRASIL. **Decreto n.º 847, de 11 de outubro de 1890**. Brasil: Diário Oficial da União, 1890. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm>.
- BRASIL. **Decreto n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Brasil: Diário Oficial da União, 1903. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-58_5004-publicacaooriginal-107902-pl.html>.
- BRASIL. **Lei n.º 3.071, de 01 de janeiro de 1916**. Brasil: Diário Oficial da União, 1916. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l3071.htm>.
- BRASIL. **Decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934**. Brasil: Diário Oficial da União, 1934. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d24559.htm>.
- BRASIL. **Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Brasil: Diário Oficial da União, 1940. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>.
- BRASIL. **Lei n.º 7.209, de 11 de julho de 1984**. Brasil: Diário Oficial da União, 1984. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7209.htm> .
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasil: Diário Oficial da União, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.
- BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasil: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.
- BRASIL. **Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001**. Brasil: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>.

BRASIL. **Código Civil de 2002**. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Brasil: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm>.

BRASIL. **Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasil: Diário Oficial da União, 2009. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>.

BRASIL. **Lei n.º 13.146, de 06 de julho de 2015**. Brasil: Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: 49 <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 7. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

DALLARI, Sueli Gandolfi; AITH, Fernando; MAGGIO, Marcelo Paulo. O Direito à saúde e seu campo no Brasil. In: DALLARI, Sueli Gandolfi; AITH, Fernando; MAGGIO, Marcelo Paulo (Org.). **Direito Sanitário: aspectos contemporâneos da tutela do direito à saúde**. Curitiba: Editora Juruá, 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Título original: ASYLUMS - Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Tradução: Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

GOFFMAN, Erving. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

LIMA, Rossano Cabral. **O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 29(1), 2019.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. A capacidade jurídica pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e a insuficiência dos critérios do status, do resultado da conduta e da funcionalidade. Fortaleza: **Revista Pensar**, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), 2018.

PAIVA, Caio; HEEMANN, Thimotie Aragon. **Jurisprudência internacional de direitos humanos**. 3. ed. Belo Horizonte: Editora CEI, 2020.

SANTORO FILHO, Antonio Carlos. **Direito e Saúde Mental**. 2. ed. São Paulo: Verlu Editora, 2019.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 16(12): 4579-4589, 2011.

PAULON, Simone Mainieri; PINTO NETO, Moisés; DIAS, Miriam Thais Guterres; GUIMARÃES, Willian. Desinstitucionalização nos manicômios judiciais: quem se assegura com a medida de segurança? In: Walter Ferreira de Oliveira, Ana Maria Fernandes Pitta e Paulo Amarante (org.). **Direitos Humanos e Saúde Mental**. 1.ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

PUENTE, Sofia Galván. **Ximenes Lopes: decisión emblemática en la protección de los derechos de las personas con discapacidad**. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2015.

SANTOS, Beatriz Oliveira; PONTES, Maria Vania Abreu. A primeira condenação do Brasil na Corte interamericana: implicações para o surgimento do Fórum Cearense da luta antimanicomial. In: Walter Ferreira de Oliveira, Ana Maria Fernandes Pitta e Paulo Amarante (org.). **Direitos Humanos e Saúde Mental**. 1.ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

SCHULMAN, Gabriel; ZANLORENZI; Rafael Otávio Ragugnetti. Saúde mental e internação psiquiátrica na Corte Europeia de Direitos Humanos. In: Sueli Gandolfi Dallari, Fernando Aith e Marcelo Paulo Maggio (Org.). **Direito Sanitário: aspectos contemporâneos da tutela do direito à saúde**. Curitiba: Editora Juruá, 2019.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Rio de Janeiro: **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, vol. 9(1): p. 25-59, 2002.

VENTURINI, Ernesto. O consentimento informado e a recusa do tratamento. In: Walter Ferreira de Oliveira, Ana Maria Fernandes Pitta e Paulo Amarante (org.). **Direitos Humanos e Saúde Mental**. 1.ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

VIVAS, Marcelo Dayrell. **Direito à saúde Mental no Brasil – ficção ou realidade? Histórico, Normativas, Políticas Públicas e Judicialização** [livro eletrônico]. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021.

Artigo recebido em: 06/09/2023.

Aceito para publicação em: 24/01/2024.