



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS III
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE DIREITO
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

HANNA LOUISE LIMA TAVARES DE MACEDO

**SAÚDE MENTAL E DIREITOS FUNDAMENTAIS: UMA ANÁLISE SOBRE A
PROTEÇÃO À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL**

**GUARABIRA
2019**

HANNA LOUISE LIMA TAVARES DE MACEDO

**SAÚDE MENTAL E DIREITOS FUNDAMENTAIS: UMA ANÁLISE SOBRE A
PROTEÇÃO À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento do Curso
Direito da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Direito
Constitucional.

Orientadora: Profa. Ma. Massillania Gomes Medeiros

**GUARABIRA
2019**

HANNA LOUISE LIMA TAVARES DE MACEDO

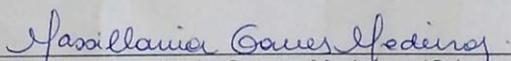
SAÚDE MENTAL E DIREITOS FUNDAMENTAIS: UMA ANÁLISE SOBRE A
PROTEÇÃO À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento do
Curso Direito da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de
Bacharel em Direito.

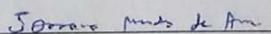
Área de concentração: Direito
Constitucional.

Aprovada em: 27 / 11 / 2019 .

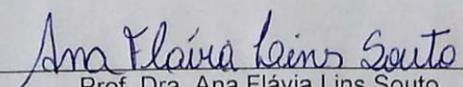
BANCA EXAMINADORA



Profa. Me. Massilânia Gomes Medeiros (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Jossano Mendes de Amorim
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Ana Flávia Lins Souto
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M141s Macedo, Hanna Louise Lima Tavares de.

Saúde mental e direitos fundamentais [manuscrito] : uma análise sobre a proteção à pessoa em sofrimento mental no Brasil / Hanna Louise Lima Tavares de Macedo. - 2019.

35 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Humanidades , 2019.

"Orientação : Profa. Ma. Massilânia Gomes Medeiros , Coordenação do Curso de Direito - CH."

1. Direitos Fundamentais. 2. Saúde Mental. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Sofrimento Mental. I. Título

21. ed. CDD 616.89

À minha mãe, com todo o meu amor,
DEDICO.

A única diferença entre a loucura e a saúde mental é que a primeira é muito mais comum.

Millôr Fernandes

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. DIREITOS FUDAMENTAIS.....	8
2.1. Características dos direitos fundamentais.....	9
2.1.1. Historicidade.....	9
2.1.2. Universalidade.....	10
2.1.3. Relatividade.....	10
2.1.4. Concorrência.....	10
2.1.5. Inalienabilidade.....	10
2.1.6. Imprescritibilidade.....	10
2.2. Direitos fundamentais na Constituição de 1998.....	10
2.2.1. Direitos individuais e coletivos.....	11
2.2.1.1. Direito à vida.....	11
2.2.1.2. Direito à igualdade.....	11
2.2.1.3. Proibição da tortura.....	11
2.2.1.4. Direito à liberdade.....	12
2.2.2. Direitos sociais.....	12
2.3. Direitos fundamentais como instrumento de garantia da dignidade da pessoa humana.....	13
2.4. Direitos fundamentais e saúde mental.....	14
3. HISTÓRICO DA LOUCURA E O MODELO MANICOMIAL.....	15
3.1. O modelo manicomial e o isolamento terapêutico.....	16
3.2. A reforma psiquiátrica e a desconstrução do modelo manicomial.....	19
4. A PROTEÇÃO À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL.....	22
4.1. A Lei 10.216/2001 e as novas concepções.....	22
4.2. Os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil.....	26
5. CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

SAÚDE MENTAL E DIREITOS FUNDAMENTAIS: UMA ANÁLISE SOBRE A PROTEÇÃO À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL

Hanna Louise Lima Tavares de Macedo*

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto de estudo a Proteção à Pessoa em Sofrimento Mental no Brasil, a partir da perspectiva dos direitos fundamentais, abordando seus aspectos legais e destacando sua importância. A discussão sobre o tema não se encontra esgotada, pois, mesmo com a existência de dispositivos legais garantido a proteção dos direitos destas pessoas, subsistem casos de violações aos direitos fundamentais dos indivíduos em sofrimento mental. Para tanto, será demonstrada a evolução da legislação brasileira no que tange ao tratamento dado à saúde mental e a necessidade de efetivação desses dispositivos legais como forma de garantir a esses indivíduos condições dignas de vida. Abordará também a Cultura Manicomial, que prioriza a exclusão social para o tratamento de transtornos mentais, muito embora os especialistas defendam que o isolamento terapêutico em hospitais psiquiátricos não é a forma de tratamento mais eficaz para estes distúrbios e a Reforma Psiquiátrica, instituída com a Lei 10.216/2001, determine que o tratamento das pessoas em sofrimento mental deve ser realizado preferencialmente na comunidade em que o indivíduo está inserido, sendo a internação o último recurso da assistência psiquiátrica.

Palavras-chave: Direitos Fundamentais. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Pessoa em Sofrimento Mental.

ABSTRACT

The present work has as object of study the Protection to the Person in Mental Suffering in Brazil, from the perspective of the fundamental rights, approaching its legal aspects and emphasizing its importance. The discussion on the subject is not exhausted, because even with the existence of legal provisions guaranteed the protection of the rights of these people, there are still cases of violations of the fundamental rights of individuals in mental distress. To this end, it will be demonstrated the evolution of the Brazilian legislation regarding the treatment given to mental health and the need to implement these legal provisions as a way of guaranteeing these individuals decent living conditions. It will also address the Manicomial Culture, which prioritizes social exclusion for the treatment of mental disorders, although experts argue that therapeutic isolation in psychiatric hospitals is not the most effective treatment for these disorders and the Psychiatric Reform instituted by the Law. 10.216 / 2001, stipulate that the treatment of people in mental distress should preferably be performed in the community in which the individual is inserted, with hospitalization being the last resort of psychiatric care

Keywords: Fundamental Rights. Mental Health. Psychiatric Reform. Person In Mental Suffering.

* Graduada do curso de Bacharelado em Direito pela Universidade Estadual da Paraíba.
E-mail: hannatavares96@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, temos presenciado no Brasil o crescimento de políticas públicas de saúde e assistência social em prol da defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Esse fato se deu em decorrência de uma luta contra o modelo manicomial, instalado como forma de tratamento de transtornos mentais, iniciada na década de 1970, após constatação de vários casos de violação aos direitos fundamentais dos pacientes dessas instituições.

A luta pelos direitos desses indivíduos nem sempre foi prioridade do Estado. O que se pôde vislumbrar até hoje foi a exclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais e o seu afastamento da sociedade como forma de tratamento terapêutico.

O presente trabalho trata sobre a proteção à pessoa em sofrimento mental no Brasil, tendo como objetivo geral analisar o tratamento dado às pessoas portadoras de transtornos mentais ao longo do tempo e a evolução das leis e políticas públicas de saúde visando a proteção dos seus direitos, passando da época da exclusão social, até o reconhecimento dessas pessoas como sujeitos de direitos.

Possui, ainda, como objetivo específico a análise da efetividade da legislação brasileira quanto à defesa dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, em relação à desintegração da cultura da exclusão para o tratamento terapêutico, sob a égide dos direitos fundamentais.

O modelo manicomial, que prioriza o afastamento de pessoas com transtornos mentais, teve como marco inicial o período Renascentista, em que a “loucura” passa a representar um mal para a harmonia da sociedade.

A partir do século XVIII, a “loucura” passou a ser vista como patologia, e houve o reconhecimento da doença mental. Desde então, hospitais psiquiátricos foram criados como espaços terapêuticos para o tratamento das enfermidades mentais, dando início, assim, à exclusão social.

A cultura manicomial que se propagou ao longo dos anos, principalmente nos países ocidentais, fez com que inúmeras instituições hospitalares fossem criadas. A exclusão da loucura foi a forma de o Estado retirar do seio da sociedade aquilo que era considerado como a representação do mal, do profano e do abominável.

No Brasil, assim como na maior parte mundo, a assistência psiquiátrica se desenvolveu com fundamento na cultura da exclusão, a partir da construção dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, durante a década de 1970, se difundiu no país o Movimento Antimanicomial, que pleiteava uma reforma psiquiátrica para garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais e pôr fim à exclusão como forma de tratamento.

O Movimento Antimanicomial foi responsável por introduzir uma nova concepção sobre os transtornos mentais, demonstrando que o isolamento terapêutico não produzia o resultado que se esperava – a cura. Além disso, durante o isolamento, eram comuns os casos de desrespeito aos direitos fundamentais e humanos dos pacientes internados, sendo registrados inúmeros casos de violência nas instituições hospitalares e, até mesmo, de mortes.

A reforma psiquiátrica, no entanto, só veio ocorrer em 2001, com a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Essa legislação determinou que a internação só será indicada quando os recursos extra hospitalares forem insuficientes.

O Movimento Antimanicomial proporcionou o surgimento de novas políticas públicas de saúde e assistência social, e também de leis específicas de proteção aos

direitos dos portadores de transtornos mentais. Nesse cenário, os pacientes que antes eram isolados e excluídos da vida em sociedade, passam a ser vistos como sujeito de direitos.

Entretanto, ainda há um longo caminho a seguir. Apesar de a legislação brasileira estar em evolução quanto à garantia dos direitos dessas pessoas, a realidade não condiz integralmente com suas determinações. É necessário assegurar a efetividade dessas leis para que as pessoas em sofrimento mental recebam o tratamento adequado, garantindo a elas o pleno exercício de seus direitos.

O metodologia utilizada para a pesquisa foi o qualitativa, de caráter descritiva, com o método de abordagem indutivo, através da pesquisa bibliográfica sobre os direitos fundamentais, a saúde mental, o modelo manicomial, a reforma psiquiátrica e a proteção à pessoa em sofrimento mental; em análise de dispositivos da Constituição Federal, do Código Civil, da Lei 10.216/2001, além de livros, artigos científicos e páginas on-line que possibilitaram o acesso as informações necessárias para construção do presente trabalho.

2. DIREITOS FUNDAMENTAIS

Todos os seres humanos são detentores de direitos essenciais à vida, mesmo quando eles não são legalmente reconhecidos. Esses direitos, embora essenciais, não são considerados absolutos, pois, com as constantes mudanças da sociedade ao longo do tempo, vão surgindo novas necessidades, fazendo com que apareçam novos direitos que precisam ser tutelados. Quando estes direitos são positivados, passam a ser denominados de direitos fundamentais. Os direitos fundamentais, surgem, portanto, dessas novas necessidades e das exigências de garantia aos novos direitos.

Os direitos fundamentais decorrem de uma construção histórica, sendo consequência da evolução da humanidade. Ao passo que esta vai evoluindo, os interesses dos seres humanos mudam, e com isso, novos direitos passam a existir, fazendo com que seja necessário assegurar assuntos que antes não precisavam ser regulamentados.

Em cada etapa da evolução, foram consagrados novos direitos considerados fundamentais. Dessa forma, a maior parte da doutrina considera que existem três gerações de direitos fundamentais, que também podem ser chamadas de dimensões. A primeira geração reconhece as liberdades como direitos fundamentais, vendo o homem como indivíduo autônomo. Na segunda geração, consagraram-se os direitos sociais, que reconhecem os direitos do homem como membro da coletividade. E, por fim, temos os direitos de terceira geração, que trazem os ideais de solidariedade ou fraternidade, referindo-se ao homem solidário, que se preocupa com toda a humanidade, e não apenas consigo próprio.

Conforme Norberto Bobbio:

[...] os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não de uma vez e nem de uma vez por todas. (BOBBIO, 1992, p. 9).

Os direitos fundamentais de primeira geração surgiram com a finalidade de proteger o indivíduo diante do Estado. Como pontua Lenza (2019, p. 1760), “tais direitos dizem respeito às liberdades públicas e aos direitos políticos, ou seja, direitos civis e políticos a traduzir o valor liberdade.”. O marco histórico destes direitos foi a

Revolução Francesa, que culminou na Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789. Essa declaração garantia aos cidadãos o direito à liberdade, à propriedade, à segurança e à proteção contra a repressão estatal.

A segunda geração dos direitos fundamentais surge em decorrência da Revolução Industrial na Europa, em meados do século XIX. Motivados pelas péssimas condições de trabalho nas indústrias, surgiram movimentos sociais cuja reivindicação principal era a mudança das condições sub-humanas as quais os trabalhadores eram submetidos, como também a criação normas de assistência social.

Os direitos sociais se fixaram, entretanto, a partir do século XX, após a Primeira Guerra Mundial. Nesse contexto, passaram a ser positivados em inúmeros documentos, como a Constituição do México (1917), o Tratado de Versalhes (1919) e a Constituição do Brasil de 1934. Com o fim da Segunda Guerra mundial, os direitos sociais se firmaram em outras Constituições.

Estes direitos impõem ao Estado uma obrigação de prestar assistência como saúde, educação, previdência social e moradia aos grupos sociais menos favorecidos. Buscam o ideal de igualdade, pois de nada adianta o indivíduo ter liberdade se não existem condições de sobrevivência dignas. Sendo assim, consistem em direitos positivos, pois impõem ao Estado uma obrigação de fazer.

Os direitos fundamentais de terceira geração surgem como consequência da constante evolução da sociedade. Na era da tecnologia e da informação, surgem, em um contexto internacional, novas necessidades da sociedade, que passa a se preocupar não somente com o indivíduo em si, mas com o próximo e com meio no qual ele está inserido.

Dessa forma, surgem preocupações com o meio ambiente, não apenas para as gerações atuais, como também para as futuras, e com a proteção ao consumidor. O ser humano agora passa a ser visto não só como indivíduo, mas como um ser inserido em uma sociedade marcada pela coletividade ou fraternidade.

Como afirma Lenza (2019, p. 1763): “os direitos da 3.^a dimensão são direitos transindividuais, isto é, direitos que vão além dos interesses do indivíduo; pois são concernentes à proteção do gênero humano, com altíssimo teor de humanismo e universalidade.”.

Alguns doutrinadores consideram que existem ainda direitos fundamentais de quarta e quinta geração ou dimensão. Essa posição, entretanto, é minoritária. Contudo, dizer que existem gerações de direitos fundamentais não significa que haja direitos exclusivos em cada geração. Essa divisão serve somente para estabelecer uma ordem cronológica.

2.1. Características dos Direitos Fundamentais

Os direitos fundamentais possuem as seguintes características:

2.1.1. Historicidade

Os direitos fundamentais são uma construção histórica. Como determina Bobbio (1992, p.12): “o que parece fundamental numa época histórica e numa determinada civilização não é fundamental em outras épocas e em outras culturas”. Portanto, a concepção direito fundamental muda de acordo com a época. Atualmente, por exemplo, o conceito de direitos fundamentais alcança até mesmo uma questão que não se imaginava há tempos: o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, como dispõe o ar. 225 da Constituição Federal.

2.1.2. Universalidade

Os direitos fundamentais são universais, ou seja, destinados a todos os seres humanos, sem distinção. Portanto, não são atribuídos apenas a determinada classe, e sim a toda coletividade.

2.1.3. Relatividade

Não existe direito fundamental absoluto. Todos os direitos podem ser relativizados em caso de conflitos entre si, até mesmo os mais básicos, como o direito à vida, uma vez que a lei permite a pena de morte em caso de guerra declarada, como determina o art. 5º, XLVII, a, da Constituição Federal. Entretanto, estas limitações não podem ser feitas de forma indiscriminada. Segundo Konrad Hesse:

A limitação de direitos fundamentais deve, por conseguinte, ser adequada para produzir a proteção do bem jurídico, por cujo motivo ela é efetuada. Ela deve ser necessária para isso, o que não é o caso, quando um meio mais ameno bastaria. Ela deve, finalmente, ser proporcional em sentido restrito, isto é, guardar relação adequada com o peso e o significado do direito fundamental. (HESSE, 1998, p.256).

Deste modo, entendemos que não é possível limitar os direitos fundamentais de forma desordenada, sendo necessário que haja uma justificativa para tanto.

2.1.4. Concorrência

Os direitos fundamentais podem ser exercidos cumulativamente. Entretanto, podem entrar em conflito uns com os outros, como por exemplo, o conflito direito à vida versus a liberdade de religião. Nesses casos, apenas com a análise do caso concreto é possível determinar qual direito irá prevalecer.

2.1.5. Inalienabilidade

Não possível, em regra, transferir a titularidade de um direito fundamental. Dessa forma, não podem ser vendidos, doados ou mesmo emprestados, pois configuram um direito de toda coletividade. Existem exceções à essa regra, como por exemplo o direito à propriedade.

2.1.6. Imprescritibilidade

Os direitos fundamentais não se perdem pela falta de uso. Por não possuírem caráter patrimonial, ainda que não exercidos, não se perdem com a passagem do tempo.

2.2. Direitos Fundamentais na Constituição de 1988

A Constituição Federal de 1988 trouxe positivados, em seu título II, os direitos fundamentais, dividindo-os em grupos, sendo eles: direitos e deveres individuais e coletivos; direitos sociais, direitos de nacionalidade, direitos políticos e partidos políticos. Dentre eles, destacamos alguns dos direitos individuais e coletivos e os direitos sociais.

2.2.1. Direitos individuais e coletivos

2.2.1.1. Direito à vida

Inicialmente, tratamos do direito à vida. Segundo Lenza (2019, p. 1777), o direito à vida: “abrange tanto o direito de não ser morto, de não ser privado da vida, portanto, o direito de continuar vivo, como também o direito de ter uma vida digna.”. Decorre daí a proibição da pena de morte.

Dessa forma, o direito à vida envolve o direito à existência, o direito à privacidade, o direito à integridade físico-corporal, o direito à integridade moral e também o direito à dignidade da pessoa humana, do qual trataremos mais adiante.

O direito à existência, como disciplina José Afonso da Silva:

Consiste no direito de estar vivo, de lutar pelo viver, de defender a própria vida, de permanecer vivo. É o direito de não ter interrompido o processo vital senão pela morte espontânea e inevitável. Existir é o movimento espontâneo contrário ao estado morte. Porque se assegura o direito à vida é que a legislação penal pune todas as formas de interrupção violenta do processo vital. É também por essa razão que se considera legítima a defesa contra qualquer agressão à vida, bem como se reputa legítimo até mesmo tirar a vida a outrem em estado de necessidade de salvação da própria. (SILVA, 2005, p.198).

A integridade física também constitui um direito fundamental, ao passo que agredir o corpo humano é uma forma de agressão à vida. Em decorrência disto, a legislação penal pune as agressões físicas, criminalizando a lesão corporal. Como consequência, existe a proibição da venda de membros ou órgãos humanos, uma vez que esta prática lesionaria o corpo.

Entretanto, não basta apenas a proteção ao corpo humano. É essencial que se proteja também a integridade moral, que consiste nos valores morais do indivíduo, sendo eles a honra, o bom nome, a boa fama e a reputação, que integra o patrimônio imaterial de uma pessoa.

2.2.1.2. Direito à igualdade

A Constituição Federal defende, em seu artigo 5º, que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Dessa forma, como defende José Afonso da Silva (2005, p. 211): “...a igualdade constitui o signo fundamental da democracia. Não admite os privilégios e distinções que um regime simplesmente liberal consagra.”.

2.2.1.3. Proibição da tortura

A Constituição veda em seu art. 5º, III, a submissão de qualquer indivíduo a tortura ou a tratamento cruel ou degradante. Determina, ainda, que a prática de tortura consiste em crime inafiançável e insuscetível de graça e anistia.

A tortura visa forçar, através da coação física e moral, o indivíduo a admitir mediante confissão ou depoimento, a verdade da acusação. Em tempos mais remotos, a tortura era admitida como meio de obtenção de provas, o que hoje é indiscutivelmente condenado.

A prática de tortura não está restrita apenas ao âmbito penal. Também era comum nos estabelecimentos psiquiátricos, onde os pacientes eram submetidos a

tratamentos degradantes, como exemplo, os tratamentos com eletrochoques para a cura dos distúrbios mentais.

A tortura não atenta somente o direito à vida. Ela atinge não somente a vítima, como também toda a humanidade, uma vez que fere a pessoa em todas as suas dimensões (SILVA, 2005).

2.2.1.4. Direito à liberdade

A liberdade é um direito inerente ao ser humano. Dentre os direitos fundamentais, o direito à liberdade foi um dos primeiros a surgir, tratando-se de um anseio da humanidade. De difícil conceituação, pode ser entendido como o poder de autodeterminação do homem, para que ele busque, por si próprio, a realização. Ou, nas palavras de José Afonso da Silva (2005, p. 233): “liberdade consiste na possibilidade de coordenação consciente dos meios necessários à realização da felicidade pessoal.”.

A doutrina costuma dividir a liberdade em cinco grupos, sendo eles: liberdade da pessoa física (de locomoção e de circulação), liberdade de pensamento (de opinião, de religião, de informação, artística e de comunicação do conhecimento), liberdade de expressão coletiva (de reunião e de associação), liberdade de ação profissional (livre escolha e exercício de trabalho, ofício ou profissão) e, por fim, liberdade de conteúdo econômico e social.

Dentre elas, trataremos das liberdades da pessoa física, sendo elas a liberdade de locomoção e a liberdade de circulação.

A liberdade de locomoção está assegurada no art. 5, XV, da Constituição. Este dispositivo determina que, em tempos de paz, é livre a locomoção no território nacional, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou sair com seus bens.

Consiste no direito de ir e vir (viajar e migrar) e de permanecer, sem que precise de autorização. É o direito de se locomover livremente nas ruas, praças e demais espaços públicos, sem que haja ameaça ao direito à locomoção, desde que respeitados os limites da lei.

O direito à circulação é, como apresenta José Afonso da Silva:

[...] manifestação característica da liberdade de locomoção: direito de ir, vir, ficar, parar, estacionar. O direito de circular (ou liberdade de circulação) consiste na faculdade de deslocar-se de um ponto a outro através de uma via pública ou afetada ao uso público.”. (SILVA, 2005, p. 239).

A liberdade de circulação assegura ao indivíduo o direito de passagem e deslocamento pela via pública, de maneira que o poder público não pode impedir o seu exercício.

2.2.2. Direitos Sociais

Os direitos sociais são direitos de segunda geração. Apresentam-se como pretensões positivas a serem realizadas pelo Estado (obrigação de fazer), como forma de concretizar a isonomia, buscando assegurar uma melhor qualidade de vida aos mais fracos.

A Constituição estabelece, em seu art. 6º, que são direitos sociais a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Para o presente estudo, nos atentaremos ao direito à saúde.

O direito à saúde só foi positivado na Constituição de 1988, ao declarar, no art. 196, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Este direito possui duas vertentes, uma positiva e outra negativa. A natureza positiva assegura que o indivíduo tenha acesso às medidas do Estado para prevenir e tratar as doenças. Já a natureza negativa significa que o indivíduo tem o direito de exigir do Estado que não pratique qualquer ato que ponha a sua saúde em risco.

A definição de saúde está diretamente ligada à qualidade de vida. O Estado deve promover o bem-estar físico e mental, e não somente ausência de doenças. A saúde consiste em um bem essencial ao ser humano, que deve ser tutelado pois é indissociável ao direito à vida.

A promoção da saúde é direito de todo cidadão e dever do Estado, que deve assegurá-lo através das políticas públicas governamentais. A Constituição não faz nenhuma distinção em relação ao direito à saúde, que deve ser prestado de forma universal.

2.3. Os direitos fundamentais como instrumentos de garantia da dignidade da pessoa humana

A dignidade da pessoa humana é um dos princípios fundamentais positivados na Constituição Federal. Pode ser entendida como um valor máximo que norteia todo o ordenamento jurídico. É, ainda, um atributo da pessoa humana, essencial para a sua existência.

Como princípio basilar, a dignidade da pessoa humana influencia toda a construção legislativa, pois é a finalidade a ser buscada pelo Estado, para garantir o bem-estar dos cidadãos. É uma qualidade intrínseca do ser humano, mediante a qual este se torna digno de respeito tanto por parte do Estado quanto da própria sociedade, impedindo que seja submetido a qualquer ato de cunho degradante ou desumano que o impeça de ter acesso às condições mínimas para uma vida saudável.

A dignidade da pessoa humana está diretamente ligada aos direitos fundamentais, pois é responsável por uni-los. Os direitos fundamentais buscam garantir uma vida digna às pessoas, ou seja, têm como finalidade proteger os indivíduos criando e mantendo condições essenciais para assegurar a eles a dignidade humana. Nesse sentido, ao negar ao indivíduo os direitos fundamentais, estaríamos negando a sua própria dignidade.

Até a Constituição de 1988 a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais não estavam sendo devidamente observados no ordenamento jurídico brasileiro. Embora já existissem valores que tinham como objetivo assegurar aos indivíduos uma vida digna, somente após a Carta Magna de 1988 é que estes valores foram positivados, e a partir de então os cidadãos puderam exigir seu cumprimento de maneira mais eficiente, pois antes não podiam demandar algo que não estava expressamente garantido.

O reconhecimento da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais foi de suma importância para a sociedade, de forma que o indivíduo tem a possibilidade de reivindicar os seus direitos, já que se encontram positivados, sendo assegurados pela Lei Maior.

Nesse sentido, Alexandre de Moraes, destaca que a dignidade da pessoa humana:

É um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se de um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem *menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos*. (MORAES, 2011, p. 48, grifos do autor).

Nesse diapasão, conclui-se que para que o indivíduo possa viver dignamente, é preciso assegurar a ele determinados direitos, o que acontece de forma mais eficaz quando esses direitos se encontram positivados na Constituição do país, sendo considerados como direitos fundamentais.

Os direitos fundamentais são direitos sem os quais não é possível assegurar uma vida digna como prioriza a Constituição. Dada a sua importância, verifica-se a necessidade de protegê-los, uma vez que atuam como garantidores da dignidade da pessoa humana.

Portanto, os indivíduos somente poderão gozar de uma vida digna como determina o princípio fundamental estabelecido na Constituição quando os direitos fundamentais estiverem realmente assegurados, uma vez que não existe dignidade da pessoa humana sem a garantia dos direitos fundamentais do homem.

2.4. Direitos fundamentais e saúde mental

Os direitos fundamentais surgiram com o objetivo de garantir a todos os indivíduos condições mínimas para uma vida digna. Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 inseriu a saúde como direito fundamental dos indivíduos, preceituando ser a saúde um direito de todos que deve ser prestado pelo Estado.

Nesse contexto, está incluída a saúde mental, que passa a ser um direito fundamental. Como destacam Brauner e Júnior (2017, p. 236) “a visão da saúde ultrapassa a noção de ausência de doença, o que requer que se considere o aspecto psicológico da saúde.”. Com isso, a saúde mental não significa apenas a ausência de transtornos mentais. Seu conceito é muito mais amplo, abrangendo também o bem-estar consigo mesmo e com os outros. É a capacidade de manter o equilíbrio emocional, aceitando as exigências da vida.

Entretanto, durante a maior parte da história, a saúde mental foi ignorada, não tendo espaço na sociedade. Aqueles que não gozavam de saúde mental eram simplesmente afastados do convívio social, sendo considerados perigosos à sociedade.

O enclausuramento dos portadores de transtornos mentais foi uma realidade no Brasil até poucos anos atrás. O modelo manicomial que se instalou no país priorizava a exclusão social para o tratamento das doenças mentais, afastando os doentes do convívio social, da família, do trabalho, negando a doença mental como uma realidade da sociedade.

No entanto, nesses estabelecimentos manicomiais eram comuns os casos de violações aos direitos fundamentais dos internos. Eles não podiam exercer a cidadania, não tinham direito à liberdade, tampouco a uma vida com dignidade. Eram constantemente submetidos a tratamentos cruéis e degradantes, que muitas vezes acabavam ocasionando mortes.

O reconhecimento da dignidade da pessoa humana e da cidadania como fundamentos da Constituição, sendo fins a serem buscados pelo Estado e pela sociedade, além do direito fundamental à saúde e a proibição da tortura e de tratamentos cruéis e degradantes foram conquistas imensuráveis para as pessoas acometidas por transtornos mentais. Com base nesses preceitos, a legislação brasileira precisou passar por mudanças para que pudesse garantir que os direitos das pessoas em sofrimento mental fossem cumpridos em consonância com a Constituição.

A luta pelos direitos dos portadores de doença mental perdurou durante anos, e ainda faz parte da realidade brasileira. Os direitos fundamentais nortearam toda legislação protetiva que foi construída desde o início da reforma psiquiátrica. No entanto, o histórico da loucura e do modelo manicomial revelam que é preciso se atentar à efetivação dos direitos tidos como essenciais a todos os indivíduos, não permitindo que casos de violações se repitam.

3. HISTÓRICO DA LOUCURA E O MODELO MANICOMIAL

Os primeiros relatos acerca da loucura datam da Antiguidade, considerando-a como manifestação sobrenatural que estava intimamente ligada aos deuses e demônios. Na Grécia antiga, chegou a ser considerada um privilégio, fazendo com que filósofos como Sócrates e Platão defendessem a existência de uma loucura “divina”.

Na Idade Média, entre os séculos XV e XVI, como retratam Figueirêdo, Delevati e Tavares:

[...] iniciou-se a predominância da loucura como possessão diabólica feita por iniciativa própria ou a pedido de alguma bruxa. Havia duas possibilidades de possessão, sendo a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa, e a segunda a obsessão, na qual o demônio altera as percepções e emoções da pessoa. (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014, p.124).

Com o passar do tempo, entretanto, a loucura deixa de ser vista pelo prisma religioso. No período Renascentista passa a ser vista como representante do mal, sendo uma ameaça ao equilíbrio social. Os loucos, dessa forma, deveriam ser afastados da sociedade, pois impediriam a sua harmonia. Nesse contexto, os loucos assumiram o espaço de exclusão que antes era dos leprosos, devendo ser retirados do convívio social.

Nessa época, inúmeras obras de arte que vulgarizam a loucura foram produzidas, como o livro *Elogio à loucura*, de Erasmo Roterdã, e até mesmo na pintura, como por exemplo, *Nau dos Loucos*, de Hieronymus Bosch.

Em meados do século XXVII foram criados em toda a Europa estabelecimentos para a internação dos loucos e das demais minorias, ou seja, aqueles que não “mereciam” fazer parte do convívio social. Nesses locais eram internados diversos indivíduos, como portadores de doenças venéreas, mendigos, vagabundos, bandidos e todos aqueles que eram considerados inimigos perigosos à nova ordem social que se instalava.

Em 1656 foi criado o Hospital Geral de Paris, considerado como um símbolo do movimento de internação. Importante ressaltar, entretanto, que esse estabelecimento não possuía caráter médico, apenas assistencialista. Dessa forma, recolhiam, alojavam e alimentavam todos aqueles que se apresentavam espontaneamente, como também os que eram conduzidos pela autoridade judicial ou real.

As instituições desse tipo não estavam preocupadas com o bem-estar dos internos. Não tinham por objetivo curá-los, mas, apenas mantê-los afastados da sociedade que precisava ser protegida desse mal. Portanto, a sua finalidade era, exclusivamente, manter um controle e, muitas vezes, exercer uma “correção” dessas pessoas, punindo-as para manter o equilíbrio social.

Somente em meados do século XXVIII é que a loucura passa a ser tratada como patologia e surge o conceito de doença mental. A partir de então, a internação deixa de ter como objetivo a repressão da loucura e passa a almejar a cura dos doentes. Dessa forma, surgem os hospitais psiquiátricos como espaços terapêuticos.

Surge, assim, o modelo manicomial, que tem como fundamento o isolamento terapêutico. Agora, a figura do médico ingressa nos hospitais, surgindo então a medicina mental ou alienismo. O médico Phellipe Pinel se tornou um dos principais nomes do alienismo ao ser nomeado, em 1793, médico-chefe do Asilo de Bicêtre, em Paris.

No Brasil, durante quase todo o período colonial a loucura se manteve silenciosa, o que se estendeu até a República. Segundo Heidrich:

Enquanto as famílias abastadas trancafiavam seus loucos em casarões senhoriais sob cuidado de criados, os loucos pobres eram mantidos livres, em convivência com a vizinhança ou entregues à própria sorte, desde que mansos. Em caso de serem “violentos”, podiam ser presos em cadeia onde poderiam ser ou não maltratados. (HEIDRICH, 2005, p. 71).

Com o passar do tempo, como aconteceu na Europa, a loucura no Brasil também passou a ser um problema que precisava ser resolvido pelo Estado. A necessidade de silenciar a loucura, entretanto, se deu de forma mais demorada, e só ganhou espaço no tratamento público em meados do século XIX (HEIDRICH, 2005).

Entretanto, mesmo se dando em épocas diferentes, a problematização da loucura se dá nas mesmas condições, como destaca Resende, ao dispor:

[...] desordem franca e ociosidade, perturbação da paz social e obstáculo ao crescimento econômico, estão aí as mesmas circunstâncias sociais que, alguns séculos antes, determinaram na Europa, o que Foucault qualificou de ‘o grande enclausuramento’. (RESENDE apud HEIDRICH, 2005, p. 73).

Deste modo, entendemos que apesar de ter se iniciado mais tardiamente, o processo de enclausuramento e exclusão social no Brasil ocorreu em condições semelhantes, de modo que a assistência psiquiátrica se pautou na cultura manicomial.

3.1. O modelo manicomial e o isolamento terapêutico

Na Era Clássica, a loucura era, de certa forma, livre. Apenas na modernidade é que passa a ser considerada como algo ruim, de maneira que era necessário retirar o louco do convívio social, ou seja, da cidade, do trabalho, do lazer e da família. O diagnóstico de doente mental ou alienado consistia em uma morte social.

A loucura passa então a ser objeto de estudo, surgindo uma nova ciência, a medicina mental, que, como destacam Amarante e Torre:

[...] de forma estratégica constrói a noção de loucura como erro e ausência de sentido, como desordem da razão e perda do juízo moral, e ausência de saúde psíquica. A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social. O alienado é

o indivíduo que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada sua possibilidade de juízo; é incapaz do juízo, incapaz da verdade e por isso perigoso para si e para os outros. Daí a compreensão de que todo doente mental deve potencialmente ser 'protegido' pela destituição dos seus direitos e de sua liberdade, como da autonomia sobre si e do direito de escolha e decisão sobre sua vida – todo esse processo é intermediado pelo conceito de alienação mental, que nasce a partir da constituição do binômio asilo-alienismo, isto é, a internação manicomial e a captura conceitual como fundamentos da exclusão da loucura. (AMARANTE; TORRE, 2018, p.1092).

O médico Phellipe Pinel foi de suma importância para a medicina mental. Foi ele que realizou a separação dos doentes mentais dos demais marginalizados, fazendo com que o asilo deixasse a condição de abrigo para se tornar o lugar de tratamento, onde doentes poderiam obter a cura. Além disso, Pinel trouxe uma nova forma de lidar com os alienados, libertando os pacientes que antes viviam acorrentados nos asilos sob o pretexto de evitar fugas e agressões.

O hospício passa a ser o lugar da cura, onde o louco pode recobrar a razão, sendo o isolamento essencial para que isso ocorra. O isolamento, como apontam Amarante e Torre (2018), possui dois pontos fundamentais. O primeiro deles é o de “isolar para conhecer”, sendo o hospital o lugar do exame no qual se descobriria as causas e os tipos de alienação mental. O segundo ponto seria “isolar para tratar”, sendo o isolamento o instrumento através do qual o alienado poderá ser curado.

Dessa forma, o hospício propicia a cura e o conhecimento da loucura ao mesmo tempo. O alienado é alheio a si próprio e apenas no manicômio é que pode ser reeducado, pois é o lugar central do tratamento.

No entanto, apesar de ter repercutido em toda Europa, o modelo de Pinel fracassou, sendo ofuscado pelo emprego inadequado do tratamento (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). Com isso, ocorre uma regressão e o manicômio volta a ser um lugar de exclusão social.

O modelo manicomial que se instalou na maior parte dos países ocidentais chegou ao Brasil. A assistência psiquiátrica do país foi fundada com base na construção de hospitais psiquiátricos, que tinham como eixo central a exclusão do doente para o tratamento terapêutico.

Através do decreto n. 82/1841 do Imperador Dom Pedro II, foi autorizada a construção do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil. O Hospício Dom Pedro II, que mais tarde recebeu o nome de Hospício Nacional de Alienados, foi inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. A partir de então, a construção de manicômios se expandiu por todo país.

Contudo, as condições dos estabelecimentos manicomiais eram precárias. Os pacientes viviam em condições sub-humanas, sem direito a alimentação de qualidade nem condições mínimas de higiene. Eram, ainda, submetidos a tratamentos que geravam, muitas vezes, danos irreversíveis à saúde, quando não causavam a morte.

Durante muito tempo acreditou-se que as doenças mentais seriam causadas por alterações patológicas, químicas ou estruturais do cérebro. Dessa forma, foi introduzido nos manicômios tratamentos que tinham como objetivo reestabelecer a saúde mental e neurológica através da reestruturação do cérebro. Assim, tratamentos como o uso de eletrochoques, o trauma encefálico, ou a indução de convulsões e febre alta foram usados como forma de amenizar os distúrbios da mente.

No Brasil, tratamentos como o eletroconvulsoterapia (ECT) foram usados até poucas décadas atrás. Como apontam Guimarães, Borba, Larocca e Maftum, através de uma pesquisa realizada com profissionais que trabalhavam nos manicômios, a

ECT era utilizada para diminuir a agitação e amenizar os sintomas psicóticos, mas também como forma de castigar os pacientes. Segundo um dos colaboradores da pesquisa:

Era um aparelho em que colocávamos uma carga elétrica pesada e molhávamos duas bonequinhas com uma água de sal para elas atuarem como transmissoras de eletricidade. Amarrávamos o paciente em uma cama, colocávamos uma borracha na sua boca para ele não morder a língua, reuníamos duas ou três pessoas para não deixar o paciente se debater, para que não se machucasse. Encostavam-se as duas bonequinhas de uma só vez na frente do paciente, uma de cada lado, apertava um botão e ele convulsionava na hora. [...]. Houve épocas, que funcionários usavam aquilo como castigo, se o paciente perturbasse davam choque. O eletrochoque não era só tratamento, era castigo também. (C1) (GUIMARÃES; BORBA; LAROCCA; MAFTUM, 2013, p.364).

Também era comum nos manicômios a existência de salas que eram denominadas de cubículos ou celas fortes. Se assemelhavam a solitárias das prisões. Os pacientes eram encaminhados quando estavam agressivos ou muito agitados, mas também eram utilizados como forma de castigar. As celas fortes

[...] consistiam em pequenas salas, individuais, fechadas, com portas de material reforçado, que continham uma ou duas aberturas, na parte superior para o profissional observar a pessoa no interior do cubículo e na parte inferior para entregar as refeições. (GUIMARÃES; BORBA; LAROCCA; MAFTUM, 2013, p.365).

Um dos casos mais graves de violação de direitos no Brasil ocorreu em Barbacena, Minas Gerais. O Hospital Colônia, inaugurado no ano de 1903 foi o palco da maior barbárie ocorrida no país, que ficou conhecida como o holocausto brasileiro. Estima-se que cerca de 60 mil pessoas morreram no Colônia de frio, de fome, de doenças e também devido aos tratamentos aos quais eram submetidos, como o uso de eletrochoques, que eram tantos e tão fortes que chegavam a derrubar a rede elétrica do município (ARBEX, 2013).

Com tantas mortes, logo o cemitério da cidade ficou lotado, fazendo com que surgisse um novo tipo de negócio: a venda de corpos para faculdades de medicina em todo o país. Assim, as mortes passaram a dar lucro, sem que ninguém contestasse. Mas, quando o mercado encolheu e a venda dos cadáveres diminuiu, passaram a decompor os corpos com ácido para comercializar os ossos, sendo esse processo era realizado na frente dos pacientes.

Muitos bebês foram tirados de suas mães para serem doados. Com isso, elas começaram a passar fezes na barriga, como forma de afastar as pessoas e proteger seus filhos. Contudo, cerca de 30 crianças foram tiradas das mães e “adotadas” por “famílias de bem” (ARBEX, 2013).

As condições de vida no Colônia eram desumanas. Os pacientes não tinham onde dormir, e, muitas vezes eram colocados no pátio a noite, com poucas roupas tendo que dormir amontoados para suportar o frio e os que ficavam em baixo acabavam morrendo sufocados. Além disso, bebiam água de esgoto e comiam até ratos. Não havia saneamento, então as fezes e urina ficavam expostos no hospital, fazendo com que o cheiro fosse insuportável.

Ao longo dos anos o Colônia foi denunciado algumas vezes. Mas, somente quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia, um dos principais nomes da reforma psiquiátrica italiana, visitou o Brasil em 1979, foi que o caso de Barbacena ganhou

repercussão. Basaglia denunciou os horrores que aconteciam no Colônia e declarou que estivera em um campo de concentração nazista e que em nenhum lugar do mundo tinha presenciado uma tragédia como a de Barbacena (ARBEX, 2013).

Estima-se que cerca de 70% dos pacientes do Colônia não tinham diagnóstico de doença mental. Eram alcoólatras, homossexuais, epiléticos, prostitutas, meninas engravidadas pelos patrões ou esposas das quais os maridos queriam se ver livres (ARBEX, 2013). Ou seja, eram pessoas que a sociedade queria ignorar.

Apesar disso, a existência dos manicômios foi bastante defendida, pois era considerado a modalidade terapêutica mais eficaz. O uso de violência, o isolamento e as práticas coercitivas eram justificados como um mal necessário (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

A concepção de isolamento do doente mental prevaleceu durante muitos anos no Brasil. Até os anos 1980, o tratamento era realizado exclusivamente dentro das instituições manicomiais. Entretanto, devido aos muitos casos de uso de violência e truculência com os internos e dos avanços da medicina psiquiátrica, seguindo um movimento que se expandia em todo o mundo, teve início a reforma psiquiátrica brasileira e o Colônia foi progressivamente fechado durante a década de 1980.

Importe salientar que, foi em um caso de violação de direitos humanos de um portador de doença mental que o Brasil foi condenado pela primeira vez pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, órgão jurisdicional da Organização dos Estados Americanos (OEA). O caso Damião Ximenes Lopes versus Brasil foi, ainda, a primeira denúncia contra o Brasil perante a Corte.

Em outubro de 1999, Damião Ximenes Lopes, que tinha 30 anos, foi internado em uma clínica psiquiátrica credenciada pelo Sistema Único de Saúde na cidade de Sobral, Ceará, por apresentar um quadro persistente de sofrimento mental. Quatro dias após a internação, a mãe de Damião foi visita-lo e quando chegou na clínica foi, a priori, impedida de entrar. Quando encontrou seu filho, ele estava com as mãos amarradas, o nariz sangrando e a cabeça tão inchada que mal conseguia abrir os olhos. Depois disso, quando a mãe de Damião chegou em casa, na cidade de Varjota, descobriu que o filho havia falecido. No relatório da necropsia constou que havia indícios que Damião tinha sido submetido à tortura.

A irmã de Damião peticionou contra o Estado brasileiro perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), que recebeu a denúncia e requisitou que o Brasil apresentasse suas considerações. No entanto, o Estado não se manifestou, apesar de todas as oportunidades dadas. Ao final, no ano de 2003, a CIDH entendeu que no caso de Damião o Brasil foi responsável pela morte ao permitir que as violações de direitos humanos ocorressem. A Corte Interamericana determinou, por fim, que o Estado brasileiro estaria obrigado a reparar o dano moral e material à família de Damião, tanto com o pagamento de indenização pecuniária, como também com a adoção de certas medidas com objetivo de impedir que casos assim tornassem a acontecer.

3.2. A reforma psiquiátrica e a desconstrução do modelo manicomial

Diante das atrocidades ocorridas durante a Segunda Guerra Mundial, surgiram após o seu fim movimentos em defesa dos direitos humanos. Esses movimentos culminaram em declarações, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), que é um marco na história, garantindo aos direitos humanos proteção universal.

Nesse cenário dos direitos humanos, surgiram também, na Europa e Estados Unidos, movimentos que criticavam a forma como a loucura era tratada até então: com a exclusão social e a violação de direitos. Movimentos como a Comunidade Terapêutica na Inglaterra, o Movimento Institucional na França e a Psiquiatria Democrática na Itália, mudaram a forma como o mundo tratava a doença mental, mostrando que não bastava somente reformar o modelo de tratamento, mas promover uma ruptura epistemológica com o modelo psiquiátrico anterior. “Todos esses modelos de reforma têm, em comum, o fato de questionar o caráter terapêutico do hospital psiquiátrico. Todos eles partem do pressuposto de que o hospital não recupera nem auxilia na recuperação dos internos.” (HEIDRICH, 2007, p.37).

No Brasil, a reforma psiquiátrica se deu posteriormente, iniciando somente no fim da década de 1970. Se constituiu a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), diante das inúmeras denúncias de casos de violência nas instituições asilares e das péssimas condições de trabalho nos manicômios. Este movimento era formado por trabalhadores dos manicômios/hospitais psiquiátricos, por associações de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais e pessoas com o histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005).

A rede de assistência psiquiátrica no Brasil era baseada no isolamento dos doentes mentais em manicômios, com técnicas terapêuticas ultrapassadas e precárias. As internações ocorriam de forma arbitrária, contra a vontade dos pacientes. Nesse contexto, diversos grupos iniciam movimentos contra os abusos ocorridos dentro dos manicômios e contra o modelo manicomial, que impedia a emancipação dos doentes mentais.

Nesse íterim, ocorreram diversos eventos pelo Brasil, com o objetivo de promover a desinstitucionalização da doença mental. Um dos principais eventos, considerado o marco da luta antimanicomial, foi o II Congresso do MTSM, que ocorreu na cidade de Bauru, no ano de 1987. Esse evento que tinha por lema “Por uma sociedade sem manicômios” tinha como objetivo promover a emancipação dos doentes mentais, restabelecendo a relação consigo próprio.

Este evento é considerado o marco da ruptura com o antigo modelo de assistência psiquiátrica. A partir de então, a luta contra a exclusão e a discriminação ganha mais força, em um cenário onde não se pode mais permitir que sejam desrespeitados os direitos mínimos inerentes à pessoa humana. Além disso, buscou compreender as determinantes da doença mental, entendendo a influência da organização social, que gera condições de “insalubridade psíquica”, o que não permite que os indivíduos tenham condições para uma vida saudável.

O ano de 1987 seria marcado ainda pelo surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo. O CAPS surge como uma rede assistencial externa para promover a integração entre o hospital e a comunidade. O serviço tem um enfoque multidisciplinar, caracterizado por atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional (FIGUÊIREDO; DELEVATI; TAVARES, 2014). Em 1989 surge o Núcleo de Atendimento Psicossocial (NAPS), implantados na cidade de Santos, sendo criadas cooperativas, que funcionam como residências para os egressos dos hospitais e associações (BRASIL, 2005).

Em 1988 é promulgada a Constituição Federal, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pela articulação das gestões federal, estadual e municipal. A saúde passa a ser tratada como competência do Estado, o que implica que a assistência em saúde mental deve ser custeada pelo Estado.

No ano de 1989 o movimento antimanicomial ganhou um novo capítulo. O deputado Paulo Delgado (PT/MG) ingressa com o Projeto de Lei nº 3.657, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios, vistos como espaços de segregação e discriminação, substituindo-os por outros recursos assistenciais. Dessa forma, a luta contra o modelo manicomial atinge as esferas legislativas e normativas.

Em 1990 foi realizada em Caracas, Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, que resultou na Declaração de Caracas, da qual o Brasil é signatário. Esse documento que visa a reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica aponta para sua substituição por outro com base comunitária, priorizando a inserção do indivíduo na sociedade.

Como consequência de todos esses acontecimentos, a partir de 1992 são aprovadas em vários estados as primeiras leis determinando o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede integrada de assistência psiquiátrica.

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005, p.08).

No entanto, mesmo com a expansão dos CAPS e NAPS, a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada se deu de maneira lenta, pois, embora as determinações do Ministério da Saúde regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não delimitavam como seriam financiados. Dessa maneira, no fim desse período, o Brasil contava com cerca de 208 CAPS em funcionamento, mas dos recursos do Ministério da Saúde destinados à Saúde Mental, 93% eram destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Somente em 2001, após doze anos de tramitação, a Lei Federal 10.216 foi sancionada e proporcionou, de fato, a Reforma Psiquiátrica brasileira. Conhecida como a Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, ocorreu uma mudança tanto na forma de tratar o doente mental, como também na forma de como ele é visto na sociedade. Com isso, “a loucura saiu das instituições manicomiais e foi para as ruas, trazendo novos questionamentos, discussões e novas percepções sobre os sujeitos ditos ‘loucos’ que passam a ser reconhecidos como sujeitos de direito.” (FIGUÊREDO; DELEVATI; TAVARES, 2014, p. 131).

Como destacam Del’Olmo e Cervi, a Reforma Psiquiátrica trouxe significativas alterações na forma de lidar com a pessoa em sofrimento mental, dentre elas:

A mudança central é considerar a pessoa com diagnóstico de sofrimento mental como verdadeiro sujeito de direitos, e não como um objeto de intervenção do laboratório psiquiátrico-forense. Nota-se, inclusive, ao longo do percurso trilhado pela antipsiquiatria e pelo movimento antimanicomial, a importância terapêutica de que o sujeito com sofrimento psíquico seja visto como responsável, tanto quanto aos seus atos passados, quanto pelo processo de tratamento e pelo seu futuro. (DEL’OLMO; CERVI, 2017, p. 212).

A Lei 10.216/01 mudou as concepções sobre doença mental no Brasil. A cultura excludente pautada no isolamento nos manicômios dá espaço a uma nova forma de tratar o doente mental, inserindo a pessoa em sofrimento psíquico na sociedade, para que nela possa ser tratado. Apesar disso, é necessário garantir a efetividade dessa norma para solucionar de forma definitiva a problemática da Reforma Psiquiátrica, como forma de garantir que nenhum indivíduo em sofrimento mental tenha seus direitos desrespeitados.

4. A PROTEÇÃO À PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL NO BRASIL

O decreto nº 1.132 do ano de 1903 foi a primeira legislação brasileira a tratar sobre os direitos dos alienados, como eram chamados. Antes disso, a preocupação era exclusivamente em manter a ordem social, mas, a partir do referido decreto, como pontuam Del’Olmo e Cervi (p. 203, 2017), “foram introduzidas questões de grande relevância, como a guarda dos bens dos alienados, a possibilidade de alta, a proibição de mantê-los em cadeias públicas e a inspeção dos asilos feita por comissão determinada pelo Ministro da Justiça.”.

Com a internação, a pessoa era considerada incapaz para os atos da vida civil e não poderia dispor dos seus próprios bens, sendo necessário nomear um administrador provisório. O Código civil de 1916, estabelecia que: “Art. 5º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: [...] II – Os loucos de todo o gênero [...]”.

No ano de 1934 entrou em vigor do decreto nº 24.559, que trouxe outras disposições sobre o tratamento de pessoas em sofrimento mental. Este decreto, que posteriormente foi revogado, estabelecia, dentre outras coisas, o tratamento domiciliar, possibilitando que os doentes pudessem ser tratados em casa, junto à sua família. Estabelecia também os regimes de internação, sendo eles: regime aberto, regime fechado e regime misto; a depender da periculosidade do paciente. Além disso, determinava que os pacientes só receberiam alta caso não fossem considerados perigosos, sendo necessário também que houvesse uma pessoa responsável por ele e por seu tratamento.

A Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, trouxe dispositivos importantes para a proteção dos direitos da pessoa portadora de doença mental, ao reconhecer, por exemplo, a dignidade da pessoa humana como fundamento, e ao vedar, expressamente, a submissão de pessoas à tortura e a tratamento cruel ou degradante.

Mas, a primeira legislação que realmente foi efetiva na defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental só foi sancionada em 2001, após décadas de lutas contra o modelo manicomial instalado no Brasil. A Lei 10.216/2001, que promoveu de fato a reforma psiquiátrica brasileira, foi o primeiro dispositivo legal a tratar da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de promover a transformação no modelo assistencial em saúde mental.

4.1. A Lei 10.216/2001 e as novas concepções

A Lei 10.216/2001 surgiu após décadas de lutas contra os abusos que aconteciam nos estabelecimentos manicomiais. Ficou conhecida como Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, promovendo discussões e questionamentos sobre a assistência em saúde mental, além de retirar a “loucura” dos manicômios e coloca-la nas ruas.

Essa legislação elencou os direitos que as pessoas portadoras de transtorno mental possuem:

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.

Além de buscar a diminuição gradativa dos números de leitos nos manicômios, a Lei 10.216/01 prioriza o tratamento fora das instituições hospitalares, atribuindo “um novo lugar social para o sofrimento mental por meio do modelo psicossocial de cuidado que propõe fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais para a determinação do transtorno/sofrimento mental.” (DEL’OLMO; CERVI, p. 213 e 214, 2017).

Importante instrumento para a conquista da cidadania do portador de transtorno mental, determina que a internação só será indicada quando os outros meios extra hospitalares forem insuficientes, de forma que o tratamento terá como objetivo reinserir o paciente em seu meio. Para tanto, o tratamento deve ser estruturado para fornecer assistência integral aos pacientes, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

A internação psiquiátrica deve ser motivada através de um laudo médico circunstanciado, existindo três tipos, sendo eles: internação voluntária, com consentimento do usuário; internação involuntária, sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e a internação compulsória, que é determinada pela Justiça.

Nessa perspectiva, é vedado, ainda, a internação em estabelecimentos que tenham características asilares, ou seja, que não possuam estrutura e condições dignas e que não tenham por objetivo o tratamento do portador de saúde mental e sua devida reinserção na sociedade.

Um dos pontos mais relevantes da Lei 10.216/2001 foi a inclusão da família no tratamento das pessoas em sofrimento mental. Ela estabeleceu que, apesar de ser responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e promoção de ações de saúde, a família e a sociedade devem participar do tratamento. Esse dispositivo é de suma importância, pois, a internação prolongada em manicômios afastava o doente da sua família, impossibilitando o convívio. Com isso, muitos pacientes eram abandonados por suas famílias e quando finalmente recebiam alta, não tinham para onde ir.

Como destacam Brauner e Júnior, com a Lei 10.216/2001:

Nota-se a pretensão legal de evitar a reificação do paciente vulnerável com saúde psicológica prejudicada, obrigando que lhe sejam informadas as condições básicas da enfermidade e do respectivo tratamento, com o máximo possível de zelo e observância da dignidade, destinando-lhe proteção em atenção à situação peculiar enfrentada. Preserva-se, dessa forma, a condição humana, que é indissociável de qualquer pessoa, independentemente de seu estado psicológico, salvaguardando tratamento que observe a especificidade que deve ser empregada na espécie de intervenção referida pela legislação. (BRAUNER; JÚNIOR, 2017, p. 237 e 238).

Em 2001 foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com mil quatrocentos e oitenta delegados, representantes de todos os segmentos (HEIDRICH, 2007). Esse evento serviu para dar maior visibilidade à causa da saúde mental e, junto à Lei 10.216/2001, contribuiu para consolidação da Reforma Psiquiátrica.

O Ministério da Saúde criou linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, criando também, novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução gradual do número de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005). Com isso, podemos visualizar uma expansão da rede de atenção diária à saúde mental.

A rede de atenção psicossocial (RAPS) no Brasil integra o Sistema Único de Saúde (SUS) que, por sua vez, consiste em uma rede organizada de ações e serviços públicos em saúde, instituído pela lei 8.080/1990. A RAPS do SUS é de base comunitária, sendo composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais.

Os Centros de Atenção Psicossocial possuem uma função estratégica na consolidação da Reforma Psiquiátrica, demonstrando ser possível organizar uma rede de atenção psicossocial para substituir os hospitais psiquiátricos. Devem ser públicos, tendo como base o município, sendo fiscalizados pelo controle social.

Os CAPS são responsáveis por realizar o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, que oferecem atendimento diário, realizando o acompanhamento clínico e possibilitando que esses indivíduos sejam reinseridos na sociedade, através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2005).

Através da Portaria 336/GM de 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu que os CAPS seriam divididos em cinco tipos:

1. CAPS I: serviço com capacidade para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. Pode atender até 20 pacientes por turno, no limite de 30 pacientes por dia, em regime intensivo, com uma equipe formada por nove profissionais.
2. CAPS II: serviço com capacidade para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com funcionamento em dois turnos, durante os cinco dias úteis, podendo comportar um terceiro turno. Pode atender 30 pacientes por turno, no limite de 45 pacientes por dia, em regime intensivo, com uma equipe formada por doze profissionais.
3. CAPS III: serviço com capacidade para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando de forma contínua, 24 horas por

dia, incluindo fins de semana e feriados. Deve possuir no máximo cinco leitos para o acolhimento noturno para eventual repouso e/ou observação. Pode atender 40 pacientes por turno, no limite de 60 pacientes por dia, em regime intensivo, com uma equipe formada por 16 profissionais, além da equipe noturna e dos fins de semana.

4. CAPS i: são serviços especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Funcionam em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno. Pode atender 15 crianças ou adolescentes por turno, no limite de 25 pacientes por dia, com uma equipe formada por 11 profissionais.

5. CAPS ad: serviço para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70.000 habitantes, com funcionamento em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno. Pode atender 25 pacientes por turno, no limite de 45 pacientes por dia, com uma equipe formada por treze profissionais.

A expansão dos CAPS tem sido umas das principais estratégias para a assistência em saúde mental. No ano de 2015, segundo o Ministério da Saúde, o país já contava com 2.462 unidades espalhadas por todas as regiões, o que demonstra um crescimento em grande escala, já que em 2001, ano da aprovação da Lei 10.216, existiam apenas 295 CAPS no país (BRASIL, 2005).

Outra iniciativa que compõe a rede de atenção psicossocial são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que foram criados pela Portaria n° 106/GM do Ministério da Saúde, que foi modificada no ano de 2011 pela Portaria n° 3.090/GM/MS. Esses serviços são considerados essenciais para a rede de atenção psicossocial por representar uma possibilidade de reinserção social de pessoas que passaram por longos períodos de internação.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos consistem em moradias inseridas na comunidade, destinadas ao acolhimento de pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. O principal objetivo é ser um espaço de moradia que assegure o convívio social e a reabilitação psicossocial, resgatando a cidadania do sujeito.

A Portaria n° 3.090/2011 define que existem dois tipos de SRT. O primeiro deles é destinado àquelas pessoas que foram internadas por longos períodos que não possuem vínculos familiares e sociais, com o objetivo de promover a autonomia para sua reinserção na sociedade, podendo acolher no máximo oito moradores. O segundo tipo é destinado àquelas pessoas com maior grau de dependência, que precisam de cuidados específicos de forma intensiva, considerando a saúde em geral. Nesse segundo caso, pode acolher até no máximo dez moradores.

Nesse contexto, é criado o Programa “De volta para casa”, coordenado pelo Ministério da Saúde, instituído pela Lei 10.708/2003 que dispõe sobre a inserção, o tratamento e o auxílio financeiro às pessoas portadoras de transtornos mentais, para que elas sejam reinseridas na sociedade. Essa lei prevê o pagamento de um benefício pecuniário aos pacientes egressos de internações que tenham uma duração de, no mínimo, dois anos, desde que sua situação clínica e social não justifique a permanência no ambiente hospitalar, que haja consentimento do paciente ou de seu representante legal em se submeter às regras do programa e que seja garantido ao usuário a atenção continuada em saúde mental na rede de saúde local ou regional.

Em 2002, foi instituído pela Lei n° 10.406 o novo Código Civil, responsável por diversas mudanças no tocante à capacidade jurídica. O legislador divide a capacidade em graus, enquadrando as pessoas com transtorno mental como relativa ou

absolutamente incapazes, a depender do seu grau de discernimento, podendo até ser considerados capazes (DEL'OLMO; CERVI, 2017). O artigo 3º determinava que eram absolutamente incapazes aqueles que não tivessem discernimento necessário para os atos da vida civil, enquanto o artigo 4º determinava que seriam relativamente incapazes aqueles que tivessem discernimento reduzido.

A partir de então, a pessoa portadora de transtorno mental deixa de ser considerada absolutamente incapaz, sendo necessário que passe por uma perícia médica para detectar o grau de discernimento e definir o grau de capacidade. Mas, esse dispositivo sofreu alteração pela Lei 13.146/2015, que foi um importante instrumento na defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental.

A Lei 13.146/2015 ou Estatuto da Pessoa com Deficiência tem por objetivo assegurar e promover o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, inclusive mental, para promover a inclusão social e a cidadania. No artigo 84 determina que “a pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, Lei 13.146/2015). Desse modo, a curatela só será definida mediante sentença judicial, em casos excepcionais, sendo proporcional às necessidades e circunstâncias de cada caso.

Com isso, a pessoa em sofrimento mental passa a ser capaz de se responsabilizar por seus atos, de modo que esse dispositivo legal ajuda a quebrar o estigma de que o indivíduo deve ser considerado incapaz apenas pelo fato de ser portador de transtorno mental. A pessoa em sofrimento mental agora é reconhecida como sujeito ativo, responsável por si mesma.

A Reforma Psiquiátrica, consolidada com a Lei 10.216/2001, possibilitou o reconhecimento da pessoa acometida por sofrimento mental como sujeito. Apesar de ter um início tardio, foi de suma importância ao reconhecer direitos essenciais aos portadores de transtornos mentais, buscando meios de tratamentos alternativos ao ambiente hospitalar, com o objetivo de promover a reinserção dessas pessoas na sociedade, afastando o princípio do isolamento terapêutico.

Apesar de todas as conquistas, a Reforma Psiquiátrica ainda possui desafios. É necessário que ela se dê de forma eficaz, para que as pessoas em sofrimento mental tenham seus direitos fundamentais assegurados, podendo conviver em sociedade e também para evitar que episódios de violação de direitos se repitam.

4.2. Os desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A reforma psiquiátrica brasileira teve início no fim da década de 1970, mas ainda não atingiu totalmente a efetividade necessária para assegurar os direitos das pessoas em sofrimento mental. Apesar das novas concepções na forma de tratamento da loucura, os portadores de transtornos mentais ainda sofrem com o estigma de incapacidade, inferioridade e periculosidade.

Como destacam Amarante e Torre (p. 1098, 2018), “a simples abertura do hospital psiquiátrico não é suficiente para ‘abater a espessura dos muros’, é preciso inventar novas estratégias, reencontrando a cidade como espaço de habilitação social ou reabilitação”.

Apesar do crescimento em investimentos nos meios alternativos ao hospital psiquiátrico ao longo dos anos, o subinvestimento e as desigualdades na rede pública ainda fazem parte da realidade brasileira, principalmente em tempos de “crise” política e social e governo conservador, como vivemos atualmente (AMARANTE E TORRE, 2018).

A expansão da RAPS tem se dado de forma mais lenta em estados da região Norte e Centro-Oeste, que em 2015 contavam, juntos, com apenas 307 CAPS habilitados, enquanto a região Nordeste sozinha possuía 860 unidades habilitadas. Como alternativas aos hospitais psiquiátricos em casos de crises mais severas, temos o acolhimento noturno nos CAPS III, ou a internação de pequena duração nos hospitais gerais. No entanto, dados do Ministério da Saúde revelam que em 2015 existiam apenas 100 CAPS do tipo III, e, em 2016 existiam apenas 1.072 leitos de saúde mental nos hospitais gerais (BRASIL, 2017).

Podemos perceber que os principais desafios para que a reforma psiquiátrica se efetive estão relacionados à capacidade do Estado e dos municípios em manter o bom funcionamento da rede de atenção à saúde mental, para que a internação seja de fato a última medida. Além disso, outro desafio é a inclusão da família no tratamento, para que prestem apoio à pessoa em sofrimento mental, sendo o pilar de sustentação do tratamento.

Uma das principais barreiras para a efetivação da reforma é o fato de a sociedade contemporânea ainda reproduzir concepções antigas sobre a loucura. A desconstrução da loucura é essencial para a desinstitucionalização, ao passo que visa o reconhecimento da cidadania daqueles considerados loucos, que ainda são alvos de preconceitos por parte da sociedade (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Reconhecer a pessoa em sofrimento mental como sujeito de direitos é um desafio para a sociedade, que deve reaprender o sentido da alteridade, superando a concepção de que deve existir um padrão de comportamento social, reconhecendo que as diferenças são essenciais para uma sociedade.

Entretanto, as conquistas da luta contra o modelo manicomial ao longo de décadas estão ameaçadas. O Governo Federal emitiu a Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde que gerou preocupação nos especialistas em saúde mental. A nota propôs novas diretrizes para a Política Nacional de Saúde Mental, trazendo alterações na forma de tratamento dos transtornos mentais, das quais destacamos as mais polêmicas: a inclusão dos hospitais psiquiátricos nas redes de atenção psicossocial, o financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, a possibilidade de internação de crianças e adolescentes e a abstinência como forma de tratamento para a dependência química.

Os hospitais psiquiátricos foram incluídos na rede de atenção psicossocial do SUS, de modo que os CAPS não são mais substitutivos aos estabelecimentos hospitalares. Dessa forma, não haverá mais redução de leitos em hospitais psiquiátricos, pois a norma visa a coexistência dos dois modelos de atendimento. Especialistas apontam que isso pode representar um retrocesso, na medida que os hospitais psiquiátricos sempre foram um lugar de exclusão, ao impedir que os pacientes pudessem exercer sua cidadania. Além disso, defendem que os meios alternativos são capazes de atender às necessidades, inclusive em momentos de crise, onde o paciente seria atendido nos hospitais gerais, e, após sair da crise, receberia acompanhamento no CAPS.

Como aponta o psiquiatra Rossano Cabral Lima,

[...] o documento parece ignorar que foi a ênfase em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que permitiu a criação de uma gama de dispositivos – com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) –, garantindo o acesso a tratamento em liberdade e próximo ao local de moradia de usuários, com prioridade para aqueles com transtornos mentais graves e/ou egressos de longas internações. (LIMA, 2019, p.02).

Outro ponto questionado foi o financiamento para a compra de aparelhos e eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento de pessoas com transtornos mentais severos ou que não respondam a outros tratamentos. Apesar da ECT ter fundamentação científica, é necessário que exista uma estrutura para que possa ser realizada, pois é um procedimento invasivo, que pode causar danos severos ao paciente e deve ser realizado no centro cirúrgico, com anestesia geral. É necessário ainda que existam aparelhos de ressuscitação, o que a maioria dos hospitais brasileiros não tem condição de dispor. Outro problema é que esse procedimento foi usado muitas vezes de forma inadequada, sendo utilizado, comprovadamente, como forma de punição, o que faz com que os especialistas tenham a volta desse tipo de tratamento. Considerando o uso abusivo nos manicômios brasileiros, as controvérsias acerca da eficácia e os efeitos colaterais, o financiamento para aquisição de aparelhos de ECT não é uma estratégia privilegiada (LIMA, 2019).

A nota técnica também possibilita a internação de crianças e adolescentes em enfermarias psiquiátricas nos hospitais gerais ou em hospitais psiquiátricos. A idade mínima para a internação seria de doze anos, devendo ser feita em área separada das dos adultos. Entretanto, alguns especialistas em saúde mental defendem que tirar a criança do convívio social não é a melhor forma de trata-la, pois isso pode gerar um efeito negativo para o tratamento. O ideal é que o Estado fortaleça os mecanismos de assistência para que sejam atendidos durante a crise nos CAPS destinados ao atendimento de crianças e adolescentes, além de orientar os pais ou responsáveis sobre a melhor forma de lidar com a problemática. A exemplo disso, o Conselho Regional de Enfermagem da Bahia se posiciona contra a:

[...] defesa da internação de crianças e adolescentes retirando-as do seio familiar e comunitário através da privação de liberdade e tomada de direitos fundamentais como saúde, educação, esporte, lazer (Lei nº 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente). A nota também abre precedente para a permanência conjunta de crianças e adultos a partir de um laudo médico que “justifique” tal necessidade; (COREN/BA, 2019, p.02).

Ainda segundo a nota técnica, também haverá mudanças no tratamento contra a dependência química. A abstinência passa a ser uma estratégia da política de atenção às drogas. Dessa forma, o usuário se afastaria completamente das drogas para o tratamento. A estratégia de redução de danos, na qual o usuário é afastado aos poucos das substâncias químicas permanece sendo usada, mas a abstinência passa a ser o meio de tratamento mais usual. Especialistas alertam que a abstinência não vai solucionar todos os casos, portanto, a política de atenção às drogas não pode ser pautada apenas em uma forma de tratamento. Nesse sentido, como aponta o psiquiatra Rossano Cabral Lima:

Jogam-se fora, assim, as estratégias de redução de danos, que implicam o cuidado contínuo e em liberdade, mesmo que o uso de drogas não tenha sido interrompido, com ênfase na prevenção e atenuação de agravos à saúde, utilizadas por dezenas de países em todo o mundo. (LIMA, 2019, p. 03).

Dessa forma, ao permitir o uso de mecanismos que durante anos foram combatidos, o governo põe em risco a efetivação da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, advertem Amarante e Torre (p.1097, 2018), que “há um constante risco de reduzir a reforma psiquiátrica a uma reorganização de serviços sanitários, e, portanto,

de sair do manicômio e continuar reproduzindo os mecanismos do dispositivo psiquiátrico.”.

Como dispõem Guimarães e Rosa:

Esse “novo” desenho ameaça garantias de proteção e de dignidade asseguradas pela legislação brasileira às pessoas com transtorno mental, pois incentiva a manutenção de hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, cujo modelo de funcionamento está baseado em propostas higienistas que restringem a vontade e os direitos dos usuários, excluindo-os do convívio com a família, violando frontalmente um conjunto de princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, pela Portaria 3.088/2011, pela Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (2009) e pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015). (GUIMARÃES; ROSA, 2019, p. 132).

Nesse sentido, podemos considerar este documento como inconstitucional, pois viola disposições da Carta Magna de 1988, ao atentar contra os direitos fundamentais e contra a dignidade da pessoa humana. Além disso, a nota viola ainda disposições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e seu Protocolo Facultativo, documento que foi introduzido no Brasil por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, conferindo-lhe status constitucional.

Com o propósito de proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito à sua dignidade, a CDPD busca assegurar a igualdade de oportunidades para as pessoas portadoras alguma deficiência, seja ela física, mental ou intelectual, incluindo-as na sociedade.

O art. 17º da CDPD garante que toda pessoa com deficiência tem o direito a que sua integridade física e mental seja respeitada, em igualdade de condições com as demais pessoas. Como destacam Correia, Martins e Requião (2019, p. 13) “é notório que as práticas manicomiais destacadas na Nota Técnica, além de promover o isolamento social da pessoa, oferecem um ‘tratamento’ incompatível com as melhores práticas de cuidado em liberdade.”.

Segundo art. 4º, alínea a, é dever dos signatários adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos pela Convenção. Nesse contexto, “a Nota Técnica nº 11/2019 segue na direção contrária à norma constitucional brasileira. Em outras palavras, trata-se de um documento inconstitucional” (CORREIA; MARTINS; REQUIÃO, 2019, p. 13).

A Nota Técnica nº 11/2019 representa um verdadeiro retrocesso no processo de reforma psiquiátrica do Brasil. Permitir a volta de procedimentos que foram superados há anos é um afronte aos direitos fundamentais e à toda luta antimanicomial, voltando a um passado há pouco superado, onde a dignidade da pessoa humana não era respeitada. Nesse sentido, como revela Ingo Wolfgang Sarlet:

Onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde não houver limitação do poder, enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade (em direitos e dignidade) e os direitos fundamentais não forem respeitados, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana e esta (a pessoa), por sua vez, poderá não passar de mero objeto de arbítrio e injustiças. (SARLET, 2006, p. 59).

Durante décadas a reforma psiquiátrica brasileira buscou a promoção dos direitos das pessoas em sofrimento mental no país e apesar de ainda estar em andamento, foi de suma importância para o reconhecimento dessas pessoas como sujeitos de direitos capazes de exercer sua cidadania. Contudo, é preciso defendê-la para evitar que a política de saúde mental repita velhos procedimentos que eram responsáveis pela exclusão social e violação de direitos fundamentais.

5. CONCLUSÃO

O modelo manicomial que prioriza o isolamento terapêutico criou um processo de institucionalização da loucura, de modo que os loucos passaram a ser enclausurados nos manicômios, afastados da sociedade, associando a loucura à incapacidade, periculosidade e tratando os loucos como seres inferiores.

A história revela que através do modelo hospitalocêntrico foram segregados milhares de pessoas, dentre elas loucos, alcoólatras, prostitutas, epiléticos, mendigos, dentre outros. Ou seja, pessoas vulneráveis que não podiam se defender, que acabavam sendo abandonadas pelas famílias e pela sociedade.

No Brasil, a assistência psiquiátrica foi fundada com base na cultura manicomial assim como na maior parte do mundo. Nos manicômios eram comuns os casos de abusos aos direitos dos internos, onde eram submetidos a tratamentos degradantes que colocavam a vida em risco, além de não terem condições mínimas de higiene e alimentação para uma vida com dignidade.

Nesse cenário surge o movimento de luta antimanicomial em defesa dos direitos das pessoas em sofrimento mental, que critica a forma como a loucura foi tratada até então e visa a superação do modelo manicomial. Com isso, surgem debates acerca do conceito de loucura na sociedade contemporânea.

A luta contra o modelo manicomial iniciada no Brasil na década de 1970 culmina na reforma psiquiátrica brasileira que trouxe inúmeras inovações. Sob a égide dos direitos fundamentais positivados na Constituição Federal de 1988 não era mais possível permitir que os casos de abusos de direitos dentro dos manicômios continuassem a ocorrer.

A Lei da Reforma Psiquiátrica foi sancionada no ano de 2001 e instituiu diversas mudanças na forma de tratar a doença mental. Objetivou, principalmente, a desinstitucionalização da loucura, retirando o louco dos manicômios e colocando-o na cidade, onde ele passa a ser sujeito da sua própria vida, sem serem tratados como meros objetos.

Com a Lei 10.216/2001 ocorre a desospitalização, que envolve o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos. Desde então, o tratamento passa a ser realizado em base comunitária, envolvendo a família e a sociedade, afastando o indivíduo do hospital. O CAPS se tornou o maior representante da reforma psiquiátrica, sendo o ponto chave para sua efetivação.

Apesar de todos os avanços, a reforma psiquiátrica ainda encontra desafios para que possa ser efetivada. Além de problemas com subinvestimento na Rede de Atenção Psicossocial e as desigualdades existentes entre as regiões brasileiras em relação à capacidade para atendimentos de assistência psiquiátrica, a reforma não conseguiu ser efetiva quanto ao estigma criado com o diagnóstico de doença mental. Ainda é comum associar a doença mental à incapacidade e à periculosidade, criando uma barreira que o impede de exercer plenamente a cidadania, não permitindo que participem ativamente do convívio social.

Outra problemática a ser enfrentada pela reforma psiquiátrica é a Nota Técnica nº 11/2019 do Ministério da Saúde que dispõe sobre o tratamento de pessoas em sofrimento mental, trazendo de volta práticas antigas que estavam em desuso até então. Além disso, o documento foi responsável por inserir o hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial, fazendo com que a desinstitucionalização não seja mais uma prioridade da política de saúde mental, de modo que não haverá mais fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, mas sim a criação de novos leitos hospitalares.

Ademais, a Nota Técnica dispõe sobre o financiamento de aparelhos de eletroconvulsoterapia, que em um passado recente foram usados não só para tratamentos de doenças mentais, mas também como forma de castigar os pacientes, expondo-os a um tratamento cruel, que causava até mortes.

A Nota Técnica representa um verdadeiro retrocesso na forma de lidar com a doença mental ao produzir uma barreira que impede a desconstrução social da loucura. Insistir no modelo manicomial dificulta que as pessoas em sofrimento mental sejam reconhecidas como cidadãs e impede que elas tenham acesso a um tratamento mais humanizado e junto a sua família, de modo que esse documento deve ser considerado inconstitucional, por atentar contra a dignidade da pessoa humana e os direitos fundamentais, principalmente o direito fundamental à saúde.

O direito à saúde está intimamente ligado ao direito à vida, pois uma vida sem saúde se resume a mera existência. Dessa forma, o direito à saúde se consolidou como um direito fundamental a todos os indivíduos, recebendo proteção constitucional. Nesse contexto, está inserida a saúde mental, que deve ser assegurada pelo Estado, através de políticas sociais e econômicas.

O direito fundamental à saúde mental deve, portanto, ser respeitado pelo Estado, como também pela sociedade. Sob a égide dos direitos fundamentais, as pessoas em sofrimento mental devem ter garantido o acesso à saúde em condições dignas, guiadas pelo princípio da dignidade da pessoa humana.

Nesse sentido, para que a pessoa em sofrimento mental tenha acesso a um tratamento digno, é necessário que o Estado promova o direito fundamental à saúde mental, através do investimento para expansão da Rede de Atenção Psicossocial, criando estruturas e políticas públicas que viabilizem o tratamento fora dos muros dos hospitais, para que o modelo manicomial de segregação seja superado.

É necessário, ainda, que o Estado crie mecanismos de inserção da pessoa em sofrimento mental na sociedade, para que ela possa participar ativamente do convívio social, reconhecendo-a como sujeitos de direitos e superando a concepção da loucura como um erro. Para tanto, deve buscar a efetivação das legislações de proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, principalmente a Lei 10.216/2001, responsável pela reforma psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

A LUTA CONTRA OS MANICÔMIOS E A EXCLUSÃO SOCIAL. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931988000200007. Acesso em: 18/09/2019.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento

antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, nov./dez. 2018.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1º Edição. São Paulo: Geração, 2013.

BARBOSA, V. F. B.; MARTINHAGO, F; HOEPFNER, A. M. S.; DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. C. O cuidado em saúde mental no Brasil uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.108, p. 178-189, jan./mar. 2016.

BEZERRA JÚNIOR, BENILTON. **Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002. Acesso em: 18/10/2019.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. 7º tiragem. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15/10/2019.

BRASIL. Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CXLVI, n. 163, p. 3, 26 ago. 2009.

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CXXXIX, n. 69-E, p. 2, 9 abr. 2001. PL 3657/1989.

-----. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002. PL 634/1975.

-----. Lei 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CXL, n. 147, p. 3, 01 ago. 2003. PL 1152/2003.

-----. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CLII, n. 127, p. 2-11, 07 jul. 2015. PL 7699/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 11 de 04 de fevereiro de 2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudental.pdf. Acesso em: 25/10/2019.

- . Ministério da Saúde. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>. Acesso em: 17/10/2019.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os serviços residenciais terapêuticos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CXXXVIII, n. 39-E, p. 23-24, 24 fev. 2000.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CXXXIX, n. 34, p. 22-23, 20 fev. 2002.
- . Ministério da Saúde. Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CXLVIII, n. 247, p. 233-234, 26 dez. 2011.
- . Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 15/10/19.
- . Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 12**, v. 10, n. 12, out. 2015. Informativo Eletrônico. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em 23/10/2019.
- BRAUNER, M. C. C; CABRAL JÚNIOR, L, R. Direito Fundamental à Saúde Psicológica: vulnerabilidade, consentimento e cidadania sob o prisma jurídico-bioético. **Revista da AJURIS**, Porto Alegre, v. 44, n. 142, p. 227-243, junho, 2017.
- CAVALCANTE FILHO, João Trindade de. **Teoria Geral dos Direitos Fundamentais**. Disponível em: https://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaltvjustica/portaltvjusticanoticia/anexo/joao_trindade__teoria_geral_dos_direitos_fundamentais.pdf. Acesso em: 07/10/2019.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA. **Nota de repúdio à Nota Técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Nota-de-rep%C3%BAudio-GT-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>. Acesso em: 28/10/2019.
- CORREIA, L. C.; MARTINS, L.; REQUIÃO, M. À Beira do Abismo e ao Encontro do Absurdo: Considerações Sociojurídicas Sobre a Nota Técnica N. 11/2019 do Ministério da Saúde. **Revista Jurídica (FURB)**, Blumenau, v. 23, n. 50, jan./abr., 2019.

DEL'OLMO, F. S.; CERVI, T.M.D. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência**, Florianópolis, n. 77, p. 197-220, nov. 2017.

FIGUEIRÊDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre Loucos e Manicômios: História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Ciências Humanas e Sociais**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, nov. 2014.

GUIMARÃES, A. N.; BORBA, L. O.; LAROCCHA, L. M.; MAFTUM, M. A.; Tratamento em Saúde Mental no Modelo Manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n.2., p. 361-369, abr./jun. 2013.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010 – 2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Ano XXII, n. 44, p. 111-138, mai./ago. 2019.

HEIDRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

HESSE, Konrad. **Elementos de Direito Constitucional na República Federal da Alemanha**. Tradução da 20ª edição. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1998.

LENZA, Pedro. **Direito Constitucional Esquemático**: 23ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2019. *E-pub*.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-5, 2019.

MORAES, Alexandre de. **Direitos Humanos Fundamentais**. 9ª Edição. São Paulo: Atlas, 2011.

MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n.2, p. 01-19, ago. 2008.

PARANHOS-PASSOS, F; AIRES, S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 13-31, 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 4ª Edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 25ª Edição. São Paulo: Malheiros, 2005.

SILVA, Q. L. O.; PÍTSICA, H. N. P. Os Direitos Fundamentais e a Dignidade da Pessoa Humana na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Revista da ESMESC**, Santa Catarina, v. 35, n. 31, p. 41-60, 2018.

VASCONCELLOS, Jorge. **Filosofia e loucura: a ideia de desregramento e a filosofia**. In: AMARANTE, P., org. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 13-23. ISBN 978-85-7541-319-7. Available from SciELO Books.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me permitido viver os meus sonhos e por me sustentar nos momentos difíceis.

À minha mãe, Adriana, por todo esforço e dedicação, por nunca ter deixado me faltar nada, e por todo o amor que me dedicou.

À minha avó, Maria, sem a qual eu não conseguiria ter chegado até aqui, por todo o apoio que me deu.

Ao meu pai, Jair, por ter acreditado em mim mais que eu mesma e sempre me incentivar a buscar o meu melhor.

Aos meus irmãos, Jaiana, Maria Júlia e Moisés, que foram meu estímulo para continuar seguindo os meus sonhos, na esperança que no futuro possa ajuda-los a conquistar os sonhos deles.

Aos meus tios e tias, que tanto me consideram, sempre comemorando comigo as pequenas conquistas da vida.

Aos melhores amigos que Deus poderia me dar: Dauane, Gisleyny, Karyne, Matheus e Thayse, por estarem presentes em todos os momentos, sejam eles bons ou ruins, mesmo que não fisicamente.

Ao meu namorado, Matheus, por ser o melhor parceiro de vida que eu poderia ter, sempre apoiando minhas decisões e me incentivando a buscar os meus sonhos.

À Raiane, colega de curso que se tornou minha amiga, por tudo que partilhamos durante essa jornada.

Por fim, agradeço aos professores do curso de Direito da Universidade Estadual da Paraíba, Campus III, que tanto contribuíram para minha formação, em especial a minha orientadora, Professora Massillania Gomes Medeiros, por toda atenção e dedicação.