



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO**

DANIELE MONTE DA SILVA

**ANÁLISE CRÍTICA SOBRE A APLICABILIDADE DA LEI ANTIMANICOMIAL NA
PROTEÇÃO DOS DOENTES MENTAIS**

**CAMPINA GRANDE
2024**

DANIELE MONTE DA SILVA

**ANÁLISE CRÍTICA SOBRE A APLICABILIDADE DA LEI ANTIMANICOMIAL NA
PROTEÇÃO DOS DOENTES MENTAIS**

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

Área de concentração: Criminalidade
Violenta, incluindo Grupo Suscetível de
Vulnerabilidade

Orientador: Prof. Dr.^a Rosimeire Ventura Leite

**CAMPINA GRANDE
2024**

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.

S586a Silva, Daniele Monte da.
Análise crítica sobre a aplicabilidade da lei antimanicomial na proteção dos doentes mentais [manuscrito] / Daniele Monte da Silva. - 2024.
42 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2024.

"Orientação : Profa. Dra. Rosimeire Ventura Leite, Coordenação do Curso de Direito - CCJ. "

1. Doença mental. 2. Lei antimanicomial. 3. Aplicabilidade da lei. 4. Doentes mentais. I. Título

21. ed. CDD 345

DANIELE MONTE DA SILVA

**ANÁLISE CRÍTICA SOBRE A APLICABILIDADE DA LEI ANTIMANICOMIAL NA
PROTEÇÃO DOS DOENTES MENTAIS**

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

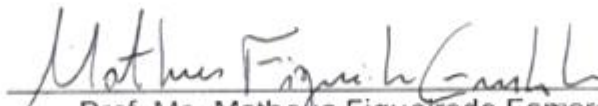
Área de concentração: Criminalidade Violenta,
incluindo Grupos Suscetíveis da Vulnerabilidade.

Aprovada em: 13/05/2024.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a Dr^a. Rosimeire Ventura Leite (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Mathias Figueiredo Esmeraldo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof^a. Dr^a. Lucira Freire Monteiro
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha mãe, Vilene Monte Rocha (*in memoriam*) com muito amor, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, ao criador de todas as coisas, por ter me conduzido até aqui, nunca deixando que me faltasse a fé e a coragem. Com amor e mais puro carinho àquela que me deu a vida, minha mãe, *in memoriam*, pela dedicação, companheirismo e cuidado, que jamais encontrarei em outros braços. Ao meu pai e ao meu irmão que sempre me apoiaram, com uma palavra amiga, me motivando nos dias mais sombrios da caminhada estudantil.

Meus sinceros agradecimentos também aos meus familiares que me apoiaram desde minha chegada na cidade de Campina Grande até os dias de hoje. Dedico este trabalho também a uma amiga mais do que especial, Marlene Guimarães, pelos conselhos, apoio moral e palavras sábias que me foram transmitidas.

Ao Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), campus I, Campina Grande, na pessoa dos professores Laplace Guedes Alcoforado, Andréa Lacerda Gomes de Brito, Mathueus Figueiredo e Lucira Freire, a quem a qual tive o privilégio de ter como mestres e que me apoiaram sempre na minha caminhada.

Em especial a querida professora, Rosimeire Ventura Leite, pela sábia orientação e colaboração, bem como à professora Aureci Gonzaga Farias, que em muito contribuiu para elaboração do Projeto de Pesquisa que iniciou o presente trabalho.

Aos servidores da Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher (DEAM) em Campina Grande, na qual tive a oportunidade de trabalhar e aprender juntamente com Dr^a Laura Priscila Abdon e à escritã Monalisa Moura, que além de profissionais, foram fontes inspiradoras nos estudos.

“No fundo, não descobrimos no doente mental nada de novo ou desconhecido: encontramos neles a base de nossa própria natureza”

Carl Gustav Jung

RESUMO

A Lei 10.216/01 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doenças mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Promulgada no ano de 2001, após mais de uma década de tramitação no Congresso Nacional, o texto legislativo é resultado da intensa luta antimanicomial no país, influenciada pelos ideais da Reforma Psiquiátrica dos anos 70 e do Movimento Sanitarista. Todavia, nos hospitais e clínicas psiquiátricas brasileiros, se evidenciam notadamente acontecimentos de maus tratos aos doentes mentais, demonstrando o descumprimento da Lei Antimanicomial. Diante dessa problemática, o objetivo deste trabalho foi analisar os contextos e as maneiras como ocorre o descumprimento da legislação em estudo. A pesquisa adota quanto aos meios foi bibliográfica e quanto aos fins explicativa. No primeiro capítulo, é apresentada uma breve história da loucura. No segundo e terceiro capítulo são apontados os maus tratos aos doentes mentais no país e nomes importantes na luta antimanicomial. No quarto capítulo foram revisados os movimentos que corroboraram para o surgimento da legislação. No quinto, sexto e sétimo capítulo são pontuados exemplos de descumprimento da Lei 10.216/01 no interior de clínicas e hospitais psiquiátricos. O presente ensaio acadêmico aborda um tema delicado, pouco explorado pelos acadêmicos e jurisprudência. Para além, as asserções pontuadas não ousam encetar uma conclusão propriamente dita, mas uma reflexão sobre o descumprimento da Lei Antimanicomial, permitindo, por certo, uma incursão a outros estudos futuros.

Palavras-chaves: Doença Mental; Lei Antimanicomial; Aplicabilidade; Descumprimento.

ABSTRACT

Law 10,216/01 provides for the protection and rights of people with mental illnesses and redirects the mental health care model. Enacted in 2001, after more than a decade of processing in the National Congress, the legislative text is the result of the intense anti-asylum struggle in the country, influenced by the ideals of the Psychiatric Reform of the 1970s and the Health Movement. However, in Brazilian psychiatric hospitals and clinics, incidents of mistreatment of mentally ill people are notably evident, demonstrating non-compliance with the Anti-Asylum Law. Faced with this problem, the objective of this work was to analyze the contexts and ways in which non-compliance with the legislation under study occurs. The research adopts bibliographical means and explanatory purposes. In the first chapter, a brief history of madness is presented. The second and third chapters highlight the mistreatment of mentally ill patients in the country and important names in the anti-asylum struggle. In the fourth chapter, the movements that led to the emergence of legislation were reviewed. The fifth, sixth and seventh chapters highlight examples of non-compliance with Law 10.216/01 within psychiatric clinics and hospitals. This academic essay addresses a delicate topic, little explored by academics and jurisprudence. Furthermore, the pointed assertions do not dare to draw a conclusion as such, but rather a reflection on non-compliance with the Anti-Asylum Law, certainly allowing an incursion into other future studies

Keywords: Mental Disease; Anti – Asylum Law; Applicability; Non-Compliance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS Centro de Atenção Psicossocial.

CCJR Comissão de Constituição de Justiça e Redação

CSSF Comissão de Seguridade Social e Família

CNJ Conselho Nacional de Justiça

CRFB/88 Constituição da República Federativa do Brasil

DINSAM Divisão Nacional de Saúde

MTSM Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OS MAUS TRATOS AOS DOENTES MENTAIS NO DECORRER DA HISTÓRIA.....	12
3	NOMES IMPORTANTES NA LUTA PELOS DIREITOS DOS DOENTES MENTAIS..	17
4	BREVE RELATO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL CORRELACIONADO AO SURGIMENTO DA LEI FEDERAL Nº 10.216/01	20
5	A VIOLAÇÃO DA LEI ANTIMANICOMIAL EXPRESSA NOS MAUS TRATOS AOS DOENTES MENTAIS NAS CLÍNICAS E HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	25
6	UMA ANÁLISE DO TEXTO LEGAL VERSUS A APLICABILIDADE DA LEI ANTIMANICOMIAL NO MUNDO FÁTICO.....	28
7	AS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS EM INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS E A NÃO APLICABILIDADE DA LEI FEDERAL Nº 10.216/01	33
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERÊNCIAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Análise Crítica sobre a Aplicabilidade da Lei Antimanicomial na Proteção dos Doentes Mentais”, teve como objetivo central compreender os impactos causados pela ausência de certos aspectos necessários da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, na vida dos doentes mentais e apresentar os motivos que implicam no descumprimento dessa legislação.

O descumprimento da Lei Antimanicomial, bem como os infortúnios oriundo a esse comportamento é um fenômeno histórico que ocorre sistematicamente no Brasil, e que, a cada dia, assume proporções maiores, razão pela qual necessita ser discutido. A Lei nº 10.216/01 trouxe mecanismo de proteção aos doentes mentais que devem ser adotados no atendimento aos indivíduos que são portadores de transtornos mentais, com o objetivo de cessar os atos de desrespeito contra esse grupo, representando um relevante avanço no combate ao mal atendimento clínico, pois busca prevenir e coibir práticas abusivas que perduram por séculos.

No entanto, muito se questiona sobre a aplicabilidade dos dispositivos da Lei Antimanicomial, tendo em vista os inúmeros relatos de descumprimento, e, especialmente, a gravidade dos casos que demonstram a não efetivação da proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais previstos nesse aparato legal.

Diante do descumprimento da Lei Antimanicomial, como os maus tratos aos doentes mentais nas clínicas psiquiátricas, bem como a negligência médica e da sociedade, levanta-se a seguinte hipótese: com a reforma psiquiátrica oriunda de uma intensa Luta Antimanicomial no Brasil, foi promulgada em meados de 2001 a Lei nº10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doenças mentais, todavia, a respectiva lei não é aplicada em sua plenitude em decorrência da falta de fiscalização por parte do Poder Público, pela negligência médico e familiar e de uma cultura baseada em preconceitos no que se refere aos doentes mentais. Existem, por exemplo, alguns direitos assegurados a tais indivíduos que não são respeitados nos casos concretos.

Convém a ressalva de que, os doentes mentais ainda são sujeitos da discriminação social. São ignorados na maioria dos casos, pelos órgãos públicos e pessoas do seio familiar, e quando inseridos no convívio social são taxados como loucos e deixados à margem da sociedade. Tal infortúnio é fruto da não observância

da Lei nº 10.216/01 em virtude da omissão dos órgãos fiscalizadores, do descaso médico e familiar, bem como pelo pré-julgamento social no que se refere aos distúrbios psíquicos.

A escolha do tema que norteia esse Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se deu a partir da experiência da autora, que é portadora de esquizofrenia paranoide, bem como pelo convívio com alguns familiares que também possuem problemas mentais. Diante dos infortúnios vivenciados em clínicas de psiquiatria, assim como nos CAPS, foi despertado o desejo em pesquisar de forma aprofundada sobre um aparato jurídico que assegura os direitos dos doentes mentais, e entender por quais motivos as pessoas que possuem algum problema psíquico ainda são alvos de discriminação e preconceito tanto no seio familiar, na sociedade e principalmente nos locais onde deveriam receber um tratamento humanizado.

A análise científica sobre o tema é de suma importância para o mundo jurídico, tendo o poder de inquietar o leitor a questionar sobre a problemática em debate, observando-o de maneira crítica, e conscientizando a sociedade e o Poder Público para uma maior aplicabilidade da Lei Antimanicomial. Algumas clínicas que deveriam tratar o paciente com humanidade e respeito, ainda praticam maus tratos aos doentes mentais. Há exemplos das clínicas situadas em São Luiz no Maranhão, Petrópolis no Rio de Janeiro, em São Paulo e no Ceará, como será mais bem explanados no decorrer do texto

Os resultados obtidos podem auxiliar no incentivo e consolidação das políticas públicas de enfrentamento a negligência clínica e familiar com os doentes mentais, de modo que seja alcançada a efetiva aplicação da Lei Antimanicomial. Com o intuito de atrair a atenção para o tema, o trabalho irá apontar falhas em decorrência da inobservância dessa legislação, ao lidar com os portadores de distúrbios psíquicos, ao mesmo tempo em que sugere soluções plausíveis, de modo que esta seja aplicável de forma realista, capaz de proteger este grupo de indivíduo. Aqui cabe a ressalva de que o público-alvo deste Trabalho de Conclusão de Curso engloba jurista, profissionais de saúde, pessoas portadoras de doenças mentais, familiares desses indivíduos e a sociedade em geral.

2 OS MAUS TRATOS AOS DOENTES MENTAIS NO DECORRER DA HISTÓRIA

Para que o leitor tenha um maior esclarecimento sobre o tema que norteia esse trabalho de conclusão de curso, cabe *a priori* o entendimento dos termos loucura e doentes mentais. Em primeiro plano a loucura, também denominada de insanidade é estudada pela psicologia e é definida como uma condição da mente humana caracterizada por pensamentos considerados anormais pela sociedade ou a realização de coisas sem sentido. O doente mental, por sua vez, é o portador de uma doença mental, que consiste na coletividade de todos os transtornos mentais diagnosticáveis, os quais promovem mudanças significativas no comportamento, pensamento e emoção.

Para Platão havia dois tipos de loucura: a loucura humana ligada às inquietações do espírito pelo desequilíbrio do corpo; e a loucura divina, que estaria associada a questões proféticas, poéticas e eróticas. No tocante às modalidades de loucura divina, a loucura grega se aproxima da razão gerando uma relação muito estreita entre sabedoria e delírio. Assim na visão antiga da loucura, a palavra delirante não era relegada ao “não -ser”, isto é, não era desqualificada em relação à razão e que loucura e pensamento nem sempre foram excludentes ou conflitantes, pois havia uma “dimensão de saber” na mania grega que representava uma outra forma de acesso à verdade divina. (PELBART, 1989, p. 40).

Acerca do termo citado, Dutra (2011, p.13) complementa que:

A loucura ou insanidade é segundo a psicologia uma condição da mente humana caracterizada por pensamentos considerados anormais pela sociedade ou a realização de coisas sem sentido. É resultado de algum transtorno mental. A verdadeira constatação da insanidade mental de um indivíduo só pode ser feita por especialistas em psicopatologia. Algumas visões sobre loucura defendem que o sujeito não está doente da mente, mas pode simplesmente ser uma maneira diferente de ser julgado pela sociedade. Na visão da lei civil, a insanidade revoga obrigações legais e até atos cometidos contra a sociedade civil com diagnóstico prévio de psicólogos, julgados então como insanidade mental.

Abordado esses conceitos iniciais, pode-se adentrar na história da “loucura”. Na Idade Média, ela estava correlacionada a possessão demoníaca, arrebatando da esfera médica a ligação com esse tema, de forma que o tratamento e compreensão sobre as doenças mentais estavam centralizados na esfera da fé e da religião. A terapia da patologia, portanto, era as mesmas empregadas na remissão dos pecados como confissões, exorcismo, tortura e até mesmo a morte cruel e agonizante nas chamas ardentes da fogueira.

A complexidade do pensamento medieval em relação à loucura a colocava relacionada a duas esferas. Nas demoníacas, o louco encarnaria o caos, a desordem, a oposição ao equilíbrio da vida adulta. No polo oposto a esta natureza das trevas, o insano poderia ser considerado o símbolo da pureza original, da humildade, da ingenuidade, o conhecedor de saberes inatingíveis e incompreensíveis aos homens comuns (MATIAS, 2015, p.19).

Por volta do século XVII com a expansão do racionalismo científico, a loucura toma uma nova roupagem, no qual é entendida como perda da razão, da vontade, do livre-arbítrio e como desequilíbrio da moral, de modo que a cura deveria ser a estabilização do acometido num tipo social e moralmente aceito. Assim surgiram os grandes asilos, instituições criadas para recolher e abrigar os loucos, os pobres, os criminosos e todos os que não se adequassem às normas sociais, sendo não raro castigados fisicamente com o intuito de se comportarem bem através da aplicação do “tratamento moral”, uma série de dispositivos de punição e recompensa que visava à reeducação do asilado (MARTINS, 2015).

Nesse cenário, o filósofo e historiador Michel Foucault compara os asilos como um “depósito” no qual eram despojados os indesejáveis. Assim como os miseráveis e criminosos, os loucos eram vistos como pessoas que causavam transtornos a sociedade.

No ano seguinte abrem se 80 depósitos de mendigos em toda a França; têm quase a mesma estrutura e o mesmo destino que os Hospitais Gerais; o regulamento do depósito de Lyon, por exemplo, prevê que ali serão recebidos vagabundos e mendigos condenados ao internamento por decisão do preboste, "as mulheres de má vida detidas pelas tropas", "os particulares mandados por ordem do rei", "os insensatos, pobres e abandonados, bem como aqueles pelos quais se paga pensão (FOUCAULT, 1972, p.444).

Essa visão se modificou quando o médico Phillippe Pinel, identificou a loucura como um problema médico-social interligado a moral. O Autor relata que a dominação irresistível do doente mental, feita por um homem capaz de mudar suas ideias era melhor do que o próprio remédio.

Que vantagem seria ter podido entregar à sociedade um homem jovem dotado, antes de seus desvios das mais estimáveis qualidades, e cujos princípios exagerados de conduta aceleraram a perda! No tratamento de sua mania, eu tinha o poder de usar muitos remédios, mas o mais poderoso de todos faltou-me: aquele que só se pode encontrar num hospício bem-organizado, aquele que consiste, por assim dizer, em subjugar e domar o alienado colocando-o na estreita dependência de

um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja apto a exercer sobre ele um domínio irresistível e a mudar a cadeia viciosa de suas ideias. (PINEL, 1801, p.124)

Para ele, os loucos deveriam ser tratados e educados em sua moral, o que inaugurou a psiquiatria moderna, que a partir de então começou a estudar a possibilidade de reinserir os doentes mentais na sociedade. A Revolução Francesa influenciou muito o pensamento pineliano que via a internação como privação da liberdade e desrespeito aos direitos do homem.

Acerca disso, Torre e Amarante (2001, p.74) dizem que:

Analisar a história da loucura remete a análise de como a modernidade se constitui como forma de pensamento e organização social e como ela forja uma forma de lidar com a loucura como fenômeno humano e social. Em outras palavras, uma análise da forma da produção de saberes e de exercício do poder sobre os sujeitos que constitui a modernidade.

Posteriormente ocorreu a psiquiatrização da loucura, o que levou ao desenvolvimento da psicofarmacologia e nova pressão pelo internamento do doente. Surgiram, assim, os primeiros medicamentos para o tratamento das doenças mentais como a clorpromazina.

Sobre o tema, Fonseca (2021, p.14) complementa:

O marco da psicofarmacologia moderna ocorreu, em 1951, com a síntese da clorpromazina (medicação antipsicótica). Ao longo dos 50 anos seguintes, a compreensão psiquiátrica e o tratamento das doenças mentais mudaram radicalmente, sendo considerado um avanço no tratamento da psicose.

Casos os medicamentos não fizessem efeitos, eram praticadas ações cruéis como a lobotomia, sem qualquer aprovação das famílias, daqueles que ainda a tinham. Atualmente, não é diferente, os doentes mentais eram e ainda são confinados em hospitais psiquiátricos sem uma adequada fiscalização, o que potencializa a ocorrência de atrocidades com esses indivíduos (FONSECA, 2021).

Na época, ainda doutorando em psicologia, Masiero, faz uma ressalva sobre o tema:

Aqui, vale lembrar que esta última prática terapêutica, isto é, a lobotomia ou leucotomia - que consiste no desligamento dos lobos frontais direito e esquerdo do encéfalo, apesar da fase experimental em que se encontrava, continuavam acontecendo, não obstante a ratificação do Código de Nuremberg em 1947. Estas intervenções cirúrgicas foram intensamente empregadas nos hospitais psiquiátricos brasileiros no período de 1936 a 1956, sem interrupções, e em especial, no hospital do Juquery, no

Estado de São Paulo, importante polo latino-americano de estudo e difusão de tratamentos médico-psiquiátricos. (MASIEIRO, 2003).

Goffman (1974, p.19) no livro *Manicômios, Prisões e Conventos* entedia que nessas instituições se viam claramente dois grupos: os controladores e os controlados. O primeiro grupo, formado por técnicos especializados submetiam os controlados a medidas extremistas.

Nas instituições totais, existe uma divisão básica entre um grande grupo controlado, que podemos denominar o grupo dos internados, e uma pequena equipe de supervisão. Geralmente, os internados vivem na instituição e têm contato restrito com o mundo existente fora de suas paredes; a equipe dirigente muitas vezes trabalha num sistema de oito horas por dia e está integrada no mundo externo. Cada agrupamento tende a conceber o outro através de estereótipos limitados e hostis - a equipe dirigente muitas vezes vê os internados como amargos, reservados e não merecedores de confiança: os internados muitas vezes vêm os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos, os participantes da equipe dirigente tendem a sentir-se superiores e corretos; os internados tendem, pelo menos sob alguns aspectos, a sentir-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados.

Os primeiros medicamentos só foram desenvolvidos na década de 1950, os quais tinham muitos efeitos colaterais. Se usava eletroconvulsoterapia de maneira indiscriminada e sem anestesia nos pacientes considerados agressivos. Já a lobotomia era uma técnica medicinal altamente invasiva, que consistia em cortes entre os lobos frontais e demais regiões do cérebro (SILVA, 2014).

Nesse viés de violação de direito dos doentes mentais, é de suma importância a ressalva do livro escrito por Daniela Arbex, *O Holocausto Brasileiro*, que retrata a história daquele que foi conhecido como o maior hospício do território brasileiro, localizado na cidade de Barbacena em Minas Gerais.

Foram registrados mais de 60 mil mortes nesse hospício, em decorrência da subnutrição e das péssimas condições de higiene, o hospital chegou a vender os cadáveres daqueles que faleciam na Colônia para universidades: Além daqueles trinta cadáveres, outros 1.823 corpos foram vendidos pela Colônia para dezessete faculdades de medicina do país entre 1969 e 1980. Com a subnutrição, as péssimas condições de higiene e de atendimento provocaram mortes em massa no hospital, onde registros da própria entidade apontam dezesseis falecimentos por dia, em média, no período de maior lotação. A partir de 1960, a disponibilidade de cadáveres acabou alimentando uma macabra indústria de venda de corpo (ARBEX, 2013, p.67).

Os pacientes da Colônia de Barbacena eram “despidos” de sua identidade e

da sua história. Nesse local eram presenciados situações de violação aos direitos humanos, falta de alimentação, que faziam os internos comerem animais como ratos, ausência de água e morte por choques, que muitas vezes era tão forte que derrubava a rede elétrica da cidade.

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes da Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município (ARBEX, 2013, p.29).

Apesar do transcorrer do tempo, as práticas de maus tratos contra os doentes mentais ainda persistem. Nitidamente, os psicicamente adoentados possuem um estigma social, o que os fazem ser, na maioria das vezes, desrespeitados pela sociedade. Sem a devida fiscalização, essa classe está sujeita a condições sub-humana e expostos as mazelas nos ambientes hospitalares (DRAGO, 2015).

Por fim, e não menos importante, cabe a ressalva sobre um tema atual que se refere a resolução 487/23 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). O texto estabelece diretrizes e procedimentos para efetivar no judiciário a política antimanicomial no país, através do fechamento gradual dos Hospitais de Custódia, orientado pela preferência ao tratamento em meio aberto e serviços comunitários àqueles considerados inimputáveis, que cometeram algum crime e estão em ambientes inapropriados para o cuidado em saúde (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2023)

3 NOMES IMPORTANTES NA LUTA PELOS DIREITOS DOS DOENTES MENTAIS

Na luta contra a hegemonia do atendimento asilar, destacam-se nomes importante que tentaram romper com o sistema até então adotado para o tratamento dos doentes mentais. No final da década de 1979 e início dos anos 1980, época em que se consolidou a ideia de transformação geral, por uma sociedade sem manicômios, já se tinham pessoas com uma visão humanizada de como deveria ser o tratamento dos doentes mentais, refutando as técnicas aplicadas até então (SILVA, 2014)

Nesta perspectiva, tem-se uma figura de muita importância, Ulisses Pernambucano de Mello Sobrinho, que atribuiu toda a sua carreira profissional em ações direcionadas aos doentes mentais. Em 1930, Ulysses ocupou a direção do Hospital de Alienados da Tamarineira, na cidade de Recife que passou por transformações tanto no aspecto físico como terapêutico. Durante a gestão aboliu o uso de camisas de força e calabouço, proporcionando as pessoas internadas um tratamento mais humanizado.

Após as gestões no hospital, Pernambuco propôs a ideia de o paciente psiquiátrico ter assistência no próprio lar no qual residia. Quando se tratasse de pessoas pobres, o Estado poderia atuar em atribuir aos doentes mentais uma assistência médica semanal ou quinzenal em domicílio somado a uma pequena ajuda de custo para a compra de alimento.

Nos casos em que determinado paciente não tivesse mais família, indicava-se a hetero-familiar (família não biológica ou de origem) que também deveria receber este auxílio. Na visão de Pernambucano, este encaminhamento era mais econômico do que o tratamento na Colônia dos Alienados, além do fato desta pessoa poder viver livremente e poder sentir-se reabilitada. Através desse posicionamento, o médico traz uma reflexão sobre a medicina:

Até o fim do século passado a preocupação essencial do médico consistia em prescrever medicação adequada e completa. Hoje cumpre-lhe, ao demais, pensar socialmente, considerar o paciente em relação ao meio em que vive e sofre, tomar a decisão terapêutica e dar conselhos, sem perder de vista as reações que estes vão despertar no ambiente as possibilidades que poderão advir da sua orientação. A assistência aos doentes mentais não escapa a esses princípios gerais que procurei estabelecer (PERNAMBUCO, 1938, p.5).

Entre os nomes importantes na luta para consolidação dos direitos dos doentes mentais, está também o da médica psiquiátrica Nisa Magalhães da Silveira. Ela iniciou na profissão com a Assistência a Psicopatas e Profilaxia do Hospital da Praia Vermelha, no Estado do Rio de Janeiro. Nisa preconizou o tratamento dos doentes mentais com o uso da arte. Desde o começo da carreira, primava pelo combate das técnicas agressivas como o eletrochoque e camisas de força. A médica reinventou o próprio departamento de terapia ocupacional, criando ateliês de pintura e modelagem.

Nise Silveira relutou fortemente contra esses “tratamentos”, se recusando a praticá-los em seus pacientes. Em contraponto a essas técnicas, fez da terapia ocupacional sua principal ferramenta de trabalho, com a criação de Ateliês do Centro Psiquiátrico Pedro II.

Outro nome de destaque é do médico Francisco Paes Barreto. Durante o II Congresso de Psiquiatria ocorrido em 1972 na cidade de Belo Horizonte, Barreto apresentou um texto de sua autoria em que expressava severas críticas ao modelo de tratamento dos doentes mentais, intitulado: Críticas ao Hospital Psiquiátrico, em que é possível extrair o seguinte pensamento do autor:

É comum certas instituições serem criadas para superar determinadas necessidades e, aos poucos, tomarem a si próprias como fim. A partir desse ponto, desvirtuam suas finalidades originais: ao invés de ajudar a comunidade a superar suas necessidades, passam a agir no sentido de perpetuá-las. Há, desse modo, um esclerosamento dessas instituições, que não mais se constituem em fator de solução, mas em fator de preservação das exigências em função das quais foram criadas. Estariam nossas instituições psiquiátricas incluídas nessa perspectiva? Acreditamos que sim. A esse respeito, nosso ponto de vista básico é que a estrutura que tem o hospital[psiquiátrico]como centro transformou-se em fator de internação. O que se traduz assim: a maioria das admissões realiza-se não porque o paciente precisa, mas porque o hospital precisa. Esse é um dos motivos pelos quais a atitude invalidante encontra tanta ressonância nesses estabelecimentos assistenciais. Certa vez, cheguei à conclusão de que 70% de meus pacientes previdenciários estavam hospitalizados desnecessariamente. E que dentre os outros, muitos não teriam chegado à quele estado, se contássemos com atendimento ambulatorial adequado. (Barreto, 1999, p 23).

Quando o texto foi apresentado, não ganhou grande destaque, todavia em 1979 quando foi efetivamente publicado, o texto foi alvo de comentários críticos por parte do Conselho Regional de Medicina, que acusou Barreto de descumprir a ética médica. Todavia, nessa mesma época várias produções de natureza jornalísticas também estavam sendo divulgadas, como Os porões da loucura, produzido pelo

jornalista Hiram Firmino, o documentário intitulado “Em nome da razão”, do ainda estudante de psicologia Helvécio Hatton, reconhecido posteriormente com um dos grandes nomes do cinema brasileiro. Devido a essas e outras matérias produzidas na mesma época, a acusação contra Barreto não prosperou, (TÍLIO,2007).

4 BREVE RELATO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL CORRELACIONADO AO SURGIMENTO DA LEI FEDERAL Nº 10.216/01

Na década de 1970, ocorreu a Reforma Sanitária Brasileira, que consistiu em um movimento de pessoas que lutavam por mudanças na maneira de olhar o paciente, a medicina e a política do setor, tendo início no movimento estudantil e na própria academia.

Acerca do tema, Paim a define:

Seria possível definir a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças”, em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2008, p.173)

No mesmo contexto, visando a superação da violência asilar nos hospitais psiquiátricos, surge o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que apesar de contemporânea a Reforma Sanitária, possui uma história própria, fundada em um cenário de descontentamento com o modelo assistencial ofertado nos hospitais de psiquiatria, bem como pela expansão dos movimentos sociais pelos direitos dos doentes mentais. Pode ser definida como sendo um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais.

O processo da reforma psiquiátrica brasileira, iniciou-se no final da década de 1970, propondo discussões e reflexões entre profissionais da saúde e a sociedade sobre o acompanhamento e tratamento em saúde mental (Ministério da Saúde, 2013, Ministério da Saúde, 2015, Amarante & Nunes, 2018). Anteriormente, os indivíduos em sofrimento psíquico eram vistos como “loucos”, desprovidos de autonomia e direitos, e tendo seu cuidado centrado em internações psiquiátricas, longe de sua família e comunidade (Amarante, 1995). As mudanças ocorridas, nos anos seguintes, deflagraram o processo de desinstitucionalização, com consequente desconstrução das práticas manicomialis. E nesse período, começou-se a pensar acerca de um novo modelo assistencial, onde a cidadania, os direitos, as aspirações, a reabilitação psicossocial e a (re)inserção social passam a ser os propósitos da atenção em saúde mental (Ministério da Saúde, 2013). Observamos importantes avanços no cuidado com a promulgação da Lei nº 10.216, a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e de políticas no âmbito de álcool e outras drogas. (LACHIANNI E BRASIL, 2021, p.15)

Convém destacar que o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Nesse mesmo ano surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Esse grupo passou a protagonizar a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

O ano de 1978 foi marcado pela crise da DINSAM, desencadeando o início do movimento pelos direitos dos pacientes em longos períodos de internações psiquiátricas, e pela crise do sistema público de saúde. O MTSM, formado por trabalhadores, familiares, sindicalistas e usuários denunciava a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e a crítica ao “saber psiquiátrico” e modelo hospitalocêntrico (Amarante & Nunes, 2018, Ministério da Saúde, 2005). A partir daí, iniciou-se o processo de reflexão acerca da assistência psiquiátrica, possíveis reivindicações e mudanças. (LACHIANNI E BRASIL, 2021, p.17).

No ano de 1987 o grupo MTSM realiza um segundo Congresso Nacional com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, na cidade de São Paulo e no mesmo ano é realizado o I Congresso Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, surgindo também o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

De 3 a 6 de dezembro, aconteceu o II Congresso Nacional do MTSM, com a adoção do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, numa crítica as práticas psiquiátricas. A partir daí, instituído movimentos estratégicos de luta, como o Movimento da Luta Antimanicomial, chamando a sociedade para reflexões, discussões e desconstruções acerca do louco e da loucura, com participação de usuários e familiares (LACHIANNI E BRASIL, 2021, p.18).

Em 1988 iniciou-se um processo de intervenção no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta localizado em São Paulo, local em que ocorria maus tratos e mortes de doentes mentais. Essa intervenção ganhou destaque nacional, evidenciando meios que poderiam substituir os hospitais de psiquiatria. Nesse período, foi criado o Núcleo de Atenção Psicossocial que funcionavam o dia inteiro, demonstrando expressamente que os ideias da Reforma Psiquiátrica não eram utópicos, sendo possíveis de serem executados (PAIM, 2008).

Um ano após esse fato, em 1989, inicia-se a luta da Reforma Psiquiátrica no campo legislativo. Entra no Congresso Nacional o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado, que propôs o fim dos manicômios no país e a regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de doenças mentais.

Neste mesmo ano, o Deputado Federal Paulo Delgado, do PT de Minas Gerais, apresentou no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89, o qual tramitou por 12 anos (Delgado et al., 2007). Influenciado pela Lei Italiana nº 180, de 1978, o projeto visava a extinção do manicômio e a construção de um novo modelo assistencial (Ribeiro, Da Silva e De Holanda, 2017). Concomitantemente, iniciaram a implantação dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, baseado em leis estaduais, visando atendimentos aos usuários em serviços comunitários (LACHIANNI E BRASIL, 2021, p.18)

A ementa inicial do projeto tinha a seguinte redação: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, Câmara dos Deputados, 1989). O projeto contava com apenas quatro artigos, Heidrich comenta sobre o teor deles:

Com quatro artigos, o Projeto de Lei proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação de novos leitos por parte do poder público (1º); previa a instalação pelos Estados de recursos não- manicomial, (2º); regulava a internação compulsória, que deveria ser acompanhada pela defensoria pública e (3º); revogava o decreto que regulamentava a questão psiquiátrica, de 1934 (4º). (HEIDRICH, 2007, p.110)

O projeto de lei foi apresentado ao Congresso em setembro de 1989, de modo que seguiu para duas comissões, sendo elas a CCJR (Comissão de Constituição de Justiça e Redação) e a CSSF (Comissão de Seguridade Social e Família), as quais formularam pareceres favoráveis. Em 1990, retornou ao plenário para discussões, que giravam em torno da exequibilidade do fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Durante o período de tramitação do PL no Congresso, movimentos sociais inspirados no projeto de lei, conseguiram aprovar em inúmeros estados brasileiros as primeiras legislações que decretavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (MARTINS, 2015).

O período de tramitação do PL no Congresso possibilitou que muitos Estados brasileiros realizassem o debate e elaborassem instrumentos legais, tratando da questão de saúde mental. O Estado pioneiro foi o Rio Grande do Sul que, em 1992, aprovou a Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992, propondo a substituição progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. Além disso, criava regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente

quanto as internações compulsórias. Em seguida outros Estados passaram a normatizar a questão: o Ceará, em 1993; Pernambuco, em 1994; o Rio Grande do Norte, Minas Gerais, o Paraná e o Distrito Federal em 1995; e, em 1996, o Espírito Santo. (HEIDRICH, 2007, p 110-111)

Somente no ano de 2001, depois de mais de uma década de tramitação no Congresso Nacional, é que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Todavia, a aprovação é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Desse modo, a Lei Federal nº 10.216/01 redireciona a assistência em saúde mental, dando preferência ao oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, elencando os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não trouxe artifícios evidentes para a progressiva extinção dos manicômios (PAIM, 2008).

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASÍL, 2005. p. 08).

O texto de lei foi organizado em treze capítulos, de modo que os dois primeiros artigos faz referência aos direitos dos doentes mentais. O 3º artigo responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento da política de saúde mental. Do artigo 4º ao 10º, a lei trata da internação além de regulamentar a internação involuntária. O 11º artigo dispõe sobre a necessidade do consentimento do paciente para a realização de pesquisas, o 12º discorre sobre a necessidade de o Conselho de Saúde acompanhar a implementação da lei e o 13º determina que a lei entre em vigor (MARTINS, 2015).

Heidrich tece comentários sobre o projeto original e o texto aprovado:

O projeto original previa a extinção dos manicômios e proibia a construção e contratação de novos leitos psiquiátricos. O texto aprovado limitou-se a indicar o redirecionamento do modelo assistencial no Brasil sem, no entanto, apontar para qual direção. De uma maneira bastante tímida, define, em seu artigo 2º, que a pessoa portadora de transtorno mental deve “ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (...)”. O “preferencialmente” deixa uma brecha para a existência concomitante dos dois modelos antagônicos de cuidados em saúde mental (HEIDRICH, 2007, p 116-117).

No final do ano de 2001, ocorreu a III Conferência Internacional de Saúde Mental, que consolidou a Reforma Psiquiátrica como uma política de governo e conferiu ao CAPS o papel estratégico para mudanças do modelo de assistência. Teve como lema “Cuidar sim, excluir não”, na qual foram debatidas questões de financiamento, recursos humanos, controle social, acessibilidade, direito e cidadania. Reafirmou a necessidade do controle social na continuidade da Reforma Psiquiátrica com a perspectiva de participação social na construção de políticas públicas em saúde mental.

5 A VIOLAÇÃO DA LEI ANTIMANICOMIAL EXPRESSA NOS MAUS TRATOS AOS DOENTES MENTAIS NAS CLÍNICAS E HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

A Lei nº 10.216 de 2001 tem como objetivo dispor sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de doenças mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. É o que estabelece a ementa da lei “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de doenças mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Essa legislação é conhecida popularmente como Lei Antimanicomial ou Lei Paulo Delgado, por ter sido idealizada pelo Deputado Federal Paulo Delgado.

Em outubro de 1999, Damião Ximenes Lopes foi espancado até morte em uma clínica psiquiátrica em Sobral, no Estado do Ceará. Após sete anos do ocorrido, o Brasil foi condenado na Corte Interamericana de Direitos Humanos pelo caso. Essa situação revoltante foi o estopim para a criação da Lei nº 10.216 de 2001.

Sobre o tema acima, relevante citar que:

A CIDH recebeu a petição com as denúncias relacionadas a Damião ainda em 1999 e prontamente o Estado brasileiro foi instado a apresentar suas considerações sobre o caso. Em 2000, novas comunicações da família de Damião foram recebidas e um novo prazo foi dado ao Brasil para que se manifestasse perante as denúncias. O Estado brasileiro seguiu sem apresentar nenhum comunicado. A CIDH então proporcionou uma última possibilidade de resposta ao Estado brasileiro, após a qual aplicaria o disposto no artigo 42 do seu regulamento vigente (que afirma que, em caso de ausência de manifestação, os fatos apresentados serão considerados verdadeiros (CORREIA E ROSATO, 2011, p. 100).

A respectiva lei no artigo 4º, parágrafo 2º, determina que o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicólogos, ocupacionais, de lazer e outros. Apesar da existência de um aparato legal sobre a assistência aos doentes mentais, alguns acontecimentos de maus tratos aos doentes mentais no país evidenciam o descumprimento da Lei Antimanicomial.

Há exemplo do ocorrido no Hospital Memorial Irmã Dulce, o qual foi noticiado no site Farol de Notícias. Uma mãe denunciou o hospital psiquiátrico por maltratar o filho de 20 anos, portador de transtorno afetivo bipolar. Em entrevista à imprensa, a mãe do jovem relatou que o filho passou cerca de quinze dias internados, e que

durante o tempo que ficou no hospital foi maltratado e empurrado pelos funcionários, tinha crises constantes e não era medicado.

Outro episódio de destaque é o da clínica Vencendo Gigantes, localizada na Grande São Paulo. As informações sobre a comunidade foram publicadas pelo site Metrópolis. Na clínica foram encontrados diversos pacientes que alegavam estar internados contra a própria vontade, além de serem constantemente agredidos pelos funcionários que os mantinham em cárcere privado (AMARO, 2021).

No município de Crato no Estado do Ceará, em uma clínica psiquiátrica, mulheres, entre elas gestantes e idosas, eram mantidas em cárceres privados pelo diretor de uma clínica psiquiátrica. As pacientes ficavam encarceradas em pequenos cubículos em meio a sujeira e condições sub-humanas, além de serem exploradas sexualmente. A situação só foi conhecida quando uma das internas escreveu um bilhete para a irmã falando do que se passava na clínica. A notícia foi divulgada na mídia pelo site G1, (G1 CEARÁ, 2021).

Ademais, a Lei nº 10.216/01 proíbe a internação de pessoas com transtornos mentais em instituições de caráter asilar, onde os pacientes sejam privados de liberdade, não recebam assistência médica psicológica, sofram castigos e abusos. Porém, como exemplificado nos casos supracitados, algumas instituições hospitalares descumprem a Lei Antimanicomial, mantendo os pacientes em cárcere privado, sofrendo agressões físicas, sem o mínimo de dignidade humana possível (BRASIL, 2001).

As clínicas, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, ainda são um ambiente obscuro, lugares que refletem maus tratos e situações análogas a tortura. Tal situação não deve ser silenciada, de modo que os direitos dos doentes mentais devem ser respeitados, e o primeiro passo para solucionar esse impasse é o integral cumprimento da lei antimanicomial.

Diversos casos que se verifica no decurso temporal são exemplos clássicos de violação da Lei Antimanicomial. No Brasil, há uma cultura precária em relação a aplicação efetiva da lei. Em muitas situações as leis funcionam como “letras mortas”, com belas palavras no papel, mas no momento da aplicabilidade de tais preceitos jurídicos, a situação muda de face.

Encontra-se, assim, pessoas desoladas, sem um amparo legal efetivamente aplicado para garantir a dignidade dos doentes mentais. Infortúnios como descaso, isolamento, agressões físicas e abandono familiar que os doentes mentais são

submetidos configuram-se apenas alguns dos impasses, frutos da injustiça que reina no território brasileiro. O egoísmo humano e a prepotência repelem os “diferentes e estranhos” para um canto isolado, sem que estes não possam ter contato com o mundo externo, e quando o tem, são vítimas do desprezo familiar e social (SILVA, 2014).

A Lei Antimanicomial, vem como um mecanismo legislativo para inibir essas práticas, mas pela negligência de muitos familiares, da própria sociedade, bem como da falta de fiscalização da Lei nº 10.216/01, a respectiva legislação é violada de maneira constante, o que não pode ser uma questão silenciada.

6 UMA ANÁLISE DO TEXTO LEGAL VERSUS A APLICABILIDADE DA LEI ANTIMANICOMIAL NO MUNDO FÁTICO

No primeiro artigo da Lei nº 10.216/01, o legislador afirma que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto a raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra, como se segue:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001).

Verificando detalhadamente a ideia expressa no texto normativo, não há dúvidas de que os doentes mentais devem ter seus direitos e proteção assegurados, independentemente do contexto socioeconômico, social e cultural no qual esse indivíduo está inserido. O texto legal reforça premissas básicas do texto constitucional como o de que todos são iguais perante a lei, observe:

Art. 5º 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, nos termos seguintes (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988).

Em contrapartida, atrás de uma legislação bem elaborada existe uma realidade que não condiz com o texto de lei. Alguns hospitais psiquiátricos do Brasil são cenários de práticas abusivas contra os doentes mentais. Não obstante, nota-se que poucas instituições hospitalares observam categoricamente o que está expresso em lei. Apesar de receberem recursos financeiros destinados ao tratamento médico dos pacientes, destaca-se que não há um tratamento humanizado (MARTINS, 2015).

Basta analisar a forma como esses pacientes chegam as clínicas e hospitais psiquiátricos. Nos casos de internação involuntária, muitas das vezes, são conduzidos com o uso da força, amarrados como animais e jogados em celas que mais parecem pequenos cubículos, sem o menor conforto possível (COÊLHO, 2015).

Dentro dessas celas, na maioria das vezes, não são analisado o caráter sexual, a idade, e nem mesmo sequer o grau de gravidade ou tempo de evolução do interno. O objetivo central, que deveria ser o tratamento humanizado em prol do retorno do paciente a sociedade, é desviado. Esses enfermos, portanto, são submetidos a ações de desrespeito e tortura, demonstrando fielmente de que a Lei Antimanicomial não é cumprida em sua integridade.

Na continuidade redacional da lei, em seu artigo 2º, foi elencado pelo legislador nove direitos inerentes aos doentes mentais, que devem ser informados a pessoa e aos seus familiares, que são:

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

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

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

Conforme previsão em lei, visa-se com o tratamento humanizado alcançar a recuperação do paciente e a inserção no meio familiar, no trabalho e na comunidade. O texto foi preciso ao elencar premissas tão importantes para o devido

acolhimento e cuidado aos doentes mentais, todavia, nos locais onde deveria acontecer o adequado tratamento, se vê um cenário oposto, no qual pessoas são maltratadas, lançados em sela sem higienização e submetidos a um cotidiano não condizente com a vida humana (MARTINS, 2015).

Na clínica psiquiátrica São Francisco, na cidade de São Luís no Maranhão, um paciente que possui transtorno bipolar, morreu com pneumonia. Quando chegou na clínica, pesava 86 kg e quando saiu estava com 40 kg. A família passou dois meses sem ver o paciente e quando o viram, ele estava magro, descalço, com as unhas quebradas e mal-vestido. Esse evento retrata as irregularidades e a violação da dignidade humana desses pacientes, evidenciado que a legislação está sendo descumprida (BARBOSA, 2021).

Trata também a lei que, os doentes mentais serão protegidos contra qualquer forma de abuso e exploração. Inúmeras clínicas de recuperação somente permitem que os pacientes tenham visitas uma única vez no mês, de modo que esses indivíduos ficam isolados totalmente contrapondo o que se tem em previsão legal. Essa problemática vai de encontro evidentemente ao disposto no item III do respectivo parágrafo, evidenciado abuso contra os pacientes que possuem alguma doença mental (MANSIERO, 2003).

Nos termos do inciso IV, por sua vez, denota-se que a garantia de sigilo nas informações prestadas também é um dos direitos assegurados aos doentes mentais. Entretanto, é extensa a lista de exemplos em que esse sigilo é quebrado. O diagnóstico de um médico psiquiatra, geralmente, é usado como arma de manipulação contra o doente mental. Muitos familiares buscam, por exemplo, atestado médico, com o intuito de se apossar dos bens do doente.

Há exemplo do que ocorreu no Rio de Janeiro. A idosa Maria Aparecida Paiva de 65 anos foi internada em uma clínica psiquiátrica pela filha e o genro, na cidade de Petrópolis, no Rio de Janeiro. O motivo da internação indevida estava interligada a questões financeiras, pois a filha queria ficar com a pensão que a mãe recebia. A clínica responsável pela internação, nem sequer atendeu previamente a senhora com um médico psiquiátrico. Em nota, a vítima relata que ficou cinco dias em um quarto trancado sem janela, privada de sua liberdade (G1 RIO, 2023).

A doença mental não é requisito para a exclusão da cidadania, de modo que os pacientes psiquiátricos, assim como as demais pessoas possuem direito à liberdade e ao respeito por parte da sociedade, o que ainda está longe de se concretizar. Continuam, assim, sendo vítimas de uma forma de segregação social marcado pela marginalização e o preconceito.

No que se refere a presença de médicos a qualquer tempo não é uma realidade, ocorrendo a presença desses profissionais semanalmente. Denota-se, portanto, que existe de maneira desregulada uma violação do dispositivo legal em análise, tendo em vista que, a ausência de uma assistência médica gera o risco de o paciente não ser analisado para se chegar a verídica conclusão de que se trata ou não de uma internação forçada (SILVA, 2014).

No rol dos direitos do portador de transtorno mental, o legislador ressalta de que o paciente deve receber o maior número possível de informações a respeito da doença e do tratamento dela. Entretanto, o que se percebe nas instituições é que os internos não recebem esclarecimentos sobre o problema que lhe atinge, nem tão pouco informações de qual tratamento deve ser aplicado ao seu caso (COÊLHO, 2015).

A respectiva lei, no artigo 3º, assevera a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política da saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, inserido a sociedade e a família no processo de integração do paciente. Esse instrumento normativo também autoriza a internação em Hospitais Psiquiátricos, item modificado do projeto original apresentado em 1990, todavia, ajustando requisitos para o consentimento da medida de internação.

Do artigo quarto ao décimo da referida lei, o legislador definiu bem como regulamentou as categorias de internação, de modo que são proibidas internações que violem os direitos elencados no primeiro e segundo artigo da Legislação Federal. Ressalta-se que a internação, em qualquer de suas modalidades (voluntária, involuntária e compulsória), só poderá ser indicada quando os recursos extra - hospitalares se mostrarem ineficazes e apenas será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado no qual se localiza a instituição, sendo necessário a apresentação de laudo médico circunstanciado e motivado de maneira adequada (FONSECA, 2021).

A Lei Antimanicomial constitui um avanço, mas não basta por si mesma, sendo indispensável a fiscalização efetiva por parte das autoridades e da sociedade no que tange à regulação das internações involuntárias e da implantação de uma assistência coerente com os dias atuais, em que se privilegia o atendimento integrado a sociedade ao máximo possível. Assim sendo, pode-se começar a investir de remir uma dívida histórica que a sociedade moderna adquiriu em relação ao portador de transtorno mental, vítima de atrocidades nos diversos contextos históricos (MARTINS, 2015).

7 AS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS EM INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS E A NÃO APLICABILIDADE DA LEI FEDERAL Nº 10.216/01

Destaca-se, inicialmente, que existem três modalidades de internações; a internação voluntária, aquela que se dá com o consentimento do usuário; a internação involuntária, que não necessita da concordância do doente, podendo ser a pedido de um terceiro e a internação compulsória entendida como aquela determinada pela justiça. Nesse presente capítulo abordar-se-á precisamente a internação compulsória nas instituições psiquiátricas.

A Lei Federal nº 10.216/01 traz no artigo 9º, alguns requisitos imprescindíveis para que a internação compulsória possa ser efetivada, observe:

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. (Lei nº 10.216 /2001)

Como expressou claramente o legislador, é necessário averiguar, a gravidade da doença mental, os riscos que ela pode trazer para o paciente e aqueles que estão a sua volta, bem como os direitos dos doentes mentais. Todavia, a internação é uma ação secundária, que deverá ocorrer somente se os recursos extra-hospitalares de mostrarem insuficientes, conforme preleciona o art. 4º/ §1:

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. (Lei nº 10.216 /2001)

Por se tratar de uma decisão judicial, a internação compulsória não pode ser descumprida. Esse tratamento pode ser aplicado quando um doente mental em momento de crise pratica um ato tipificado como crime, o indivíduo portador do transtorno mental sofre maus tratos, ou até mesmo, quando os familiares solicitam o pedido passando pelo crivo do julgador as motivações que determinaram esse requerimento.

Nesse sentido a Lei Antimanicomial determina que o local onde será realizado o tratamento não pode ter caráter asilar, com o objetivo de garantir um tratamento humanizado que consiga a reinserção do paciente à família e a sociedade.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º (Lei nº 10.216 /2001).

Ao se refletir, todavia, sobre a internação compulsória, vê-se vários impasses que demonstram a violação de direitos basilares do ser humano, como a cidadania. A palavra de origem latina, significa cidade, indicando a situação política do indivíduo, interligando a prática de direitos e deveres civis, políticos e sociais. No país, é exercida quando o indivíduo tem seus direitos e deveres assegurados, conforme está previsto no texto constitucional.

Partindo do conceito de cidadania, é notório que durante a internação compulsória é arrancado do paciente com transtorno mental o direito à liberdade, e por conseguinte vedado o papel de cidadão deste, evidenciando a não aplicabilidade dos direitos dos doentes mentais, previsto na Lei nº 10.216/01, bem como o descumprimento da Carta Magna que apregoa no art 5º, o seguinte entendimento:

Art. 5º 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 (Lei nº 10.216 /2001).

Respaldoando-se no conceito supracitado, a batalha pela cidadania do paciente na saúde mental é um dos alicerces para a desinstitucionalização, haja vista que deste os tempos remotos, o confinamento dos doentes mentais, os vetou de colaborar de maneira ativa na vida em comunidade.

Destaca-se também que a política nacional dos direitos humanos confronta a internação compulsória, uma vez que a Declaração de Direitos Humanos traz regras e princípios para as violações dos cuidados com os doentes mentais, deixando o paciente autônomo para deliberar se irá ou não querer o tratamento, possuindo substancialmente o direito de ser tratado dignamente (MARTINS, 2015).

Ressalta-se que outro impasse referente a saúde mental é o grande desamparo social por parte do Estado, ou seja, o Estado não promove intervenção para garantir necessidades básicas, causando grande impacto tanto no paciente quanto na sua família. Aliado a isso têm-se uma sociedade excludente e alienada na imagem de que o “louco” é alguém que necessita ser isolado por não ter condições de viver em meio a todos os demais (SILVA, 2014).

É necessário, portanto, a constante luta a fim de que os direitos dos pacientes psiquiátricos sejam assegurados. Esses impasses não são oriundos apenas dos profissionais da área da saúde, mas também da sociedade e da família dos pacientes, que muitas das vezes possuem uma visão deturpada e preconceituosa a respeito da saúde mental.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história, as pessoas que tinham algum problema psiquiátrico, chamadas erroneamente de “loucas”, eram tratadas semelhantemente aos animais e tinham sua identidade e cidadania desrespeitada. Com os movimentos da Reforma Psiquiátrica, aliado a uma intensa Luta Antimanicomial, ocorreu no ano de 2001 o nascimento da Lei 10.216/01.

Esse aparato jurídico consolidou os direitos dos doentes mentais e redirecionou o modelo de atendimento aos doentes mentais, tornando-se uma conquista de grande relevância para sociedade. Todavia, esse mecanismo legal, qual seja, a Lei nº 10.216/01, apesar de possuir uma narrativa exemplar é costumeiramente descumprida no mundo fático, nas clínicas e nos hospitais psiquiátricos, ambientes estes que deveria reinar o bom atendimento médico.

A promulgação da legislação em comento não aconteceu rapidamente. Passaram-se quase uma década para que o projeto de lei fosse aprovado. Mas, apesar da existência do texto legal, essa funciona na maioria das vezes como “letra morta”, de modo que diante dos impasses vivenciados nos hospitais e clínicas psiquiátricas é nítido de que os psiquicamente adoentados não possuem seus direitos assegurados, estando sujeitos as mazelas de um sistema caracterizado pela privação de liberdade, perda da cidadania e maus tratos.

Denota-se que o comportamento social frente aos doentes mentais tem sua base na crença negativa de que o doente mental é perigoso ou agressivo. Ao longo da história, as primeiras ideias sobre a doença mental estavam associadas a coisas sobrenaturais, espíritos e possessões. Inúmeras são as crenças atuais sobre o tema como crenças orgânicas, biológicas e psicológicas.

Assim sendo, a falta de informação sobre a temática fazem com que a sociedade pratiquem atos baseados em estereótipos criados sem respaldo algum. Campanhas, palestras, cursos e até mesmo a criação de disciplinas obrigatórias nos centros de ensino sobre as doenças mentais, mantidas e financiadas pelo Poder Público, são caminhos para a quebra desse olhar desvirtuado e que só trazem mais sofrimento ao doente mental.

Nas clínicas psiquiátricas e hospitais, por sua vez, não é incomum os relatos de violação dos direitos dos dentes mentais. Essas instituições, em sua maior parte, não aplicam a Lei da Reforma Psiquiátrica, em decorrência da falta de fiscalização.

A ausência de um setor que organize e supervisione as internações, como elas ocorrem, bem como se os direitos dos doentes mentais estejam sendo efetivados corroboram para a prática de violação dos direitos dos doentes psiquiátricos.

Tratar o doente mental sem as devidas orientações da Lei Antimanicomial, lançando-o em um cenário de penúria, pelo fato de ser portador de doença mental, fere explicitamente o princípio tão caro da CRFB/88, qual seja, da dignidade da pessoa humana. A doença mental não deve, de forma alguma, ser um vetor para que alguém perca sua dignidade, seu direito de ir e vir e de merecer respeito como um ser possuidor de uma identidade própria e detentor de valores.

No que se refere as internações compulsórias, existem vários impasses que dificultam a reintegração do doente mental na sociedade. Destaca-se que as internações, geralmente ocorrem sem a devida análise de um médico psiquiátrico. Ademais, as clínicas e hospitais não avaliam precisamente o motivo que levou aquela pessoa à internação, tornando a saída do paciente quase impossível.

Por todo exposto, conclui-se que ser um doente mental no Brasil é um desafio diário. A ausência de uma fiscalização efetiva nos hospitais e clínicas psiquiátricas para averiguar se o atendimento está nos parâmetros da Lei da Reforma Psiquiátrica, aliado a cultura de um povo que ainda enxerga nos transtornos mentais como uma lepra social, são vetores para o descumprimento da lei e da sua aplicabilidade, carecendo da atuação governamental para solucioná-la.

Por fim, e não menos importante, é preciso acentuar que o respectivo Trabalho de Conclusão de Curso, que possui como público-alvo juristas, médicos, doentes mentais, familiares e a sociedade como um todo, é de relevante importância para o mundo acadêmico, pois servirá de caminho para que outros trabalhos possam ser desenvolvidos, e esclarecer os leitores que a dignidade humana, o respeito e o cuidado são valores caros que devem ser assegurados para os doentes mentais.

REFERÊNCIAS

AMARO, Leonardo. Donas de Clínicas de reabilitação são presas por maus-tratos e cárcere. **Metrópoles**, 2023. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/sao-paulo/donas-de-clinica-de-reabilitacao-sao-presas-por-maus-tratos-e-carcere>> Acesso em 23 de abr.2024.

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

BARRETO, Francisco Paes. **Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano**. São Paulo: Itatiaia, 1999.

BARBOSA, Alex. Famílias denunciam clínicas psiquiátricas por maus tratos contra pacientes em São Luís. **G1**. São Luís. 21 de set. 2021. Disponível em: <<https://g1.globo.com/ma/maranhao/noticia/2021/09/21/familias-denunciam-clinicas-psiquiaticas-por-maus-tratos-contrapacientes-em-sao-luis.ghtml>> Acesso em: 28 de mar. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 2022.

BRASIL, Dayane Degner; LACCHINI, Annie Jeanninne. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus Antecedentes aos Dias Atuais. **Revista Psicofae**, Porto Alegre, v.10,n 1, p 14-32, 2021.

BRASIL. Lei nº 10.206, 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. *Planalto*. Brasília, Senado Federal,2022.

BOARINI, Maria Lúcia. A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes. **Rev. psicol. polít.** vol.20 no.47 São Paulo jan./abr. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X202000010003>. Acesso em: 22 de abr.2024.

COELHO, Marcus Vinícius Furtado. **Manicômios Judiciais são uma espécie de prisão perpétua**. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br>>. Acesso em: 22 de abr.2024.

DUTRA, M. B. A loucura no direito penal e seus paradoxos. **Oficina**. Belo Horizonte: n.15, p.62-69, jun. 2011.

DRAGO, Guilherme Dettmer. **Internação psiquiátrica: tratamento, cárcere privado e constrangimento ilegal**. Disponível em: <<http://jus.com.br/>>. Acesso em: 20 de mar. de 2024.

FONSECA, Arilton Martins. **Introdução a psicofarmacologia e noções de tratamento farmacológico**. Belo Horizonte. Editora Científica, 2021.

FOUCAULT, Michel. NETTO, José Teixeira. (tradutor). **História da loucura na época clássica**. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

FRASÃO, Dilva. Biografia de Ulysses Pernambuco. **Ebiografias**. Pernambuco. 05 de fev de 2020. Disponível em:

<https://www.ebiografia.com/ulisses_pernambucano/> Acesso em: 20 de abr. de 2024.

G1 CEARÁ. **Mulheres encarceradas em clínica são resgatadas e levadas a centro de reabilitação no Ceará**. 2021. Disponível em:

<<https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2021/08/13/mulheres-encarceradas-em-clinica-sao-resgatadas-e-levadas-a-centro-de-reabilitacao-no-ceara.ghtml>> Acesso em: 20 de mar. de 2024.

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

LISBOA, Daniel. Abusos contra pacientes psiquiátricos se espalham pelo Brasil com a ajuda de verbas públicas. **BBC NEWS BRASIL**, São Paulo, 11 de set. de 2018. Disponível em: < <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45409894>> Acesso em: 20 de mar. de 2024.

MATIAS, K.D. **A loucura na idade média. ensaio sobre algumas representações**. 2015. 19 p. Tese (Doutorando em Letras), Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2019.

MARTINS, Sirlei. **Política antimanicomial e o caso Cadu**. Disponível em: <<http://www.opiniaojuridica.adv.br>>. Acesso em: 20 de mar. de 2024.

MULHERES encarceradas em clínicas são resgatadas e levadas a centro de reabilitação no Ceará. **G1**. 13 de ago. De 2021. Disponível em: < <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2021/08/13/mulheres-encarceradas-em-clinica-sao-resgatadas-e-levadas-a-centro-de-reabilitacao-no-ceara.ghtml>> Acesso em: 24 de abr. de 2024.

TÍLIO, Rafael de. A “Querela dos Direitos”: loucos, doentes mentais, e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **SCIELO Brasil**. São Paulo, ago.2007.Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/paideia/a/sTG9pzZ4kwGpj6W3XkdS59x/>> Acesso em: 26 de mar. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira contribuição para reforma e crítica**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008.

PERNANBUCO, Ulysses. **As doenças mentais entre os negros de Pernambuco; Recursos modernos de assistência aos doentes mentais**.*Neurobiologia*. t.l, n. 1, p.1-13,1998

MASIEIRO, André Luíz. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 549-572, ago. 2003.Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Lg63Lg8vPjHT4v3TLvYmpyG/abstract/?lang=pt>>
Acesso em 24 de mar. 2024.

GARCIA, Celso. Mãe acusa clínica psiquiátrica de ST de maus tratos. **Farol de Notícias**. Serra Talhada, 08 de abr.2023. Disponível em:

<<https://faroldenoticias.com.br/mae-acusa-clinica-psiquiatra-de-st-de-maus-tratos-instituicao-da-sua-versao/>> Acesso em 24 de abr.2024

PELBART, P. P.; **Da clausura do fora, ao fora da clausura**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SILVA, Antônio Geral da. **Cadu e o tratamento psiquiátrico**. Disponível em:
<<http://www.abp.org.br/>>. Acesso em 24 de mar. 2024.

TORRE, E. H. G. e AMARANTE, P. **Protagonismo e subjetividade; a construção coletiva no campo da saúde mental**. 2001. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em 03 de out. 2006.

VEIGA, Edilson. Nilsa da Silveira:quem foi a psiquiatra brasileira que foi pioneira no tratamento com artes. **BBC NEWS BRASIL**, 2022. Disponível em<<https://www.bbc.com/portuguese/brasil61603637#:~:text=Nos%20anos%201930%20come%C3%A7ou%20a,do%20Hospital%20da%20Praia%20Vermelha.>>
Acesso em 23 de abr.2024.