



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

MARIA GISELLY LIMA DA SILVA

**A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE LUTA E
CONQUISTAS NA CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS
PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS**

**GUARABIRA – PB
2024**

MARIA GISELLY LIMA DA SILVA

**A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE LUTA E
CONQUISTAS NA CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS
PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS**

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

Área de Concentração: Direitos Humanos.

Orientadora: Profa. Ma. Paula Isabel Nóbrega Introine Silva.

**GUARABIRA – PB
2024**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão 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.

S586l Silva, Maria Giselly Lima da.
A lei da reforma psiquiátrica [manuscrito] : uma trajetória histórica de luta e conquistas na consolidação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais / Maria Giselly Lima da Silva. - 2024.
28 f. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Humanidades, 2024.
"Orientação : Prof. Ma. Paula Isabel Nóbrega Introine Silva, Departamento de Ciências Jurídicas - CH".
1. Reforma psiquiátrica. 2. Direitos humanos. 3. Saúde mental. 4. Lei n.º 10.216/2001. I. Título

21. ed. CDD 362.1

MARIA GISELLY LIMA DA SILVA

A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE LUTA E
CONQUISTAS NA CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS
PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS

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

Aprovada em: 13/11/2024.

Documento assinado eletronicamente por:

- **Alanna Aléssia Rodrigues Pereira** (113.461.424-16), em **21/11/2024 14:37:26** com chave **465af2c6a82f11ef8e002618257239a1**.
- **Paula Isabel Nóbrega Introine Silva** (048.381.504-74), em **21/11/2024 08:43:49** com chave **df8fbc9ca7fd11ef824106adb0a3afce**.
- **Jéssica Flávia Rodrigues Corrêa** (096.216.574-31), em **21/11/2024 14:10:42** com chave **89d2e8c8a82b11efb10006adb0a3afce**.

Documento emitido pelo SUAP. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QrCode ao lado ou acesse https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/ e informe os dados a seguir.

Tipo de Documento: Termo de Aprovação de Projeto Final

Data da Emissão: 25/11/2024

Código de Autenticação: ba4d67



A Deus, pelas infinitas graças. A meus pais (Veronica e Genilson), pelo amor incondicional e incentivo constante. A meu irmão (Gláucio) e a todos os amigos que me acompanharam neste processo, dedico.

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas. É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.”

Nise da Silveira

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCJR	Comissão de Justiça e Redação
CSSF	Comissão de Seguridade Social e Familiar
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência médica
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REFLEXÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA NO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA	10
2.1	Barbacena: A Cidade das Rosas e dos Loucos	10
2.2	Princípio da Dignidade Humana como valor supremo e universal	12
2.1.2	Supressão do Princípio da Dignidade Humana no Hospital Colônia de Barbacena	14
3	REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL E O RECONHECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE MENTAL	15
3.1	Contexto Sociopolítico e Histórico da Luta Antimanicomial no Brasil	15
3.2	Constituição de 1988 e o Direito Fundamental à Saúde Mental	17
3.3	Projeto de Lei Paulo Delgado	18
4	A LEI Nº 10.216/2001 E A CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS	19
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS	24

A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE LUTA E CONQUISTAS NA CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS

THE PSYCHIATRIC REFORM LAW: A HISTORICAL PATH OF STRUGGLES AND ACHIEVEMENTS IN CONSOLIDATING THE RIGHTS OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

Maria Giselly Lima da Silva*

RESUMO

Durante o período da Idade Média, com a influência da moral cristã, a loucura foi fortemente associada ao sobrenatural, diante de interpretações eclesásticas errôneas que perpetuavam o ideário social da época. Não existia a concepção de cuidado terapêutico com a saúde mental como temos hoje, visto que o sofrimento psíquico era tido como reflexo de possessões demoníacas e do castigo divino. Nesse contexto, a pessoa em sofrimento psíquico estava sujeita ao exílio social e ao estigma da loucura, como forma de salvaguardar a integridade das pessoas tidas como normais. Com base nisso, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar a trajetória histórica percorrida pela Reforma Psiquiátrica no Brasil até a consolidação da Lei n.º 10.216/2001, percorrendo os principais acontecimentos que influenciaram o ideário da Luta Antimanicomial. O problema de pesquisa centra-se em analisar a efetividade da Lei n.º 10.216/2001 na consolidação dos direitos e garantias das pessoas portadoras de transtornos mentais. Ao analisar o percurso da luta reformista, tomando como ponto de partida a obra *Holocausto Brasileiro*, da escritora Daniela Arbex, será discutido como os portadores de transtornos mentais tinham seus direitos fundamentais violados diariamente dentro dos muros do maior manicômio brasileiro, símbolo da violência institucional da época. Ademais, serão apontados outros eventos históricos e sociais que impulsionaram a Luta Antimanicomial, resultando na Reforma Psiquiátrica, diante do clamor social por uma legislação específica que regulasse os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e, acima de tudo, regulasse o progressivo fim da estrutura asilar-manicomial, que, durante anos, foi marcada pela supressão do Princípio da Dignidade Humana. Para alcançar o objetivo, o presente estudo adota o método da pesquisa bibliográfica e a análise documental, explorando conceitos e referências de diferentes concepções sobre a problemática. Em síntese, é perceptível que a Lei n.º 10.216/2001, juntamente com os programas de atenção psicossocial, reflexo de uma árdua luta reformista, ao reconhecer os direitos e garantias da pessoa portadora de transtornos mentais, é uma vitória dos Direitos Humanos e uma forma de reparação histórica diante das barbáries que foram cometidas.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Direitos Humanos; Saúde Mental.

* Graduada em Direito pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). E-mail: mariagiselly821@gmail.com

ABSTRACT

During the Middle Ages, with the influence of Christian morality, madness was strongly associated with the supernatural, due to erroneous ecclesiastical interpretations that perpetuated the social ideology of the time. There was no concept of therapeutic mental health care as we have today, since mental suffering was seen as a reflection of demonic possession and divine punishment. In this context, people suffering from mental illness were subject to social exile and the stigma of madness, as a way of safeguarding the integrity of people considered normal. Based on this, the general objective of this work is to analyze the historical trajectory of the Psychiatric Reform in Brazil up to the consolidation of Law N° 10.216/2001, covering the main events that influenced the ideology of the Anti-Asylum Struggle. The research problem focuses on analyzing the effectiveness of Law N° 10.216/2001 in consolidating the rights and guarantees of people with mental disorders. By analyzing the course of the reformist struggle, taking as a starting point the work *Brazilian Holocaust*, by the writer Daniela Arbex, it will be discussed how people with mental disorders had their fundamental rights violated on a daily basis within the walls of the largest Brazilian asylum, a symbol of the institutional violence of the time. In addition, other historical and social events that drove the Anti-Asylum Struggle will be pointed out, resulting in the Psychiatric Reform, given the social outcry for specific legislation to regulate the rights of people with mental disorders and, above all, to regulate the progressive end of the asylum structure, which for years was marked by the suppression of the Principle of Human Dignity. In order to achieve this objective, this study adopts the method of bibliographical research and documentary analysis, exploring concepts and references from different conceptions of the problem. In summary, it is clear that Law N° 10.216/2001, together with the psychosocial care programs, a reflection of an arduous reformist struggle, by recognizing the rights and guarantees of people with mental disorders, is a victory for human rights and a form of historical reparation for the barbarities that were committed.

Keywords: Psychiatric Reform; Human Rights; Mental Health.

1 INTRODUÇÃO

“Trem de doido” é um termo utilizado pelo autor José Guimarães Rosa em seu conto *Sorôco, sua mãe e sua filha*, da obra *Primeiras Histórias*. Esse termo faz referência ao meio de transporte que era comumente utilizado para transportar pessoas de todos os cantos do Brasil para o exílio no maior complexo de manicômio que o Brasil já teve: o Hospital Colônia de Barbacena. O Hospital Colônia, que funcionou entre 1903 e 1980, submetia os pacientes constantemente à fome, ao frio, à superlotação e à violência, diante da negligência institucional, resultando na morte de 60 mil brasileiros. A tragédia humana revela como a vida humana foi banalizada. Isolados do convívio familiar e social, a intenção da instituição manicomial não era proporcionar um tratamento digno, mas sim o enclausuramento daqueles considerados escórias da sociedade.

Tratar da saúde mental é lidar diariamente com sintomas que, muitas vezes, não se externam visivelmente e estão além da nossa compreensão humana. Esses sintomas estão atrelados a estigmas enraizados, que geram a invisibilidade social dos

portadores de transtornos mentais. Essa mácula, alinhada ao preconceito e à ignorância do desconhecido, permitiu, durante anos, que a vida humana fosse banalizada de tal forma que a intenção já não era mais o tratamento ou a busca por amenizar o sofrimento psíquico, mas sim a segregação social. Os pacientes já não eram vistos como humanos, em sua individualidade e em condição de detentores de direitos e garantias intrínsecos à sua existência; eram vistos como meros objetos.

Pensando nesse aspecto, além da relevância social e jurídica da temática, existe ainda uma motivação pessoal na presente pesquisa, impulsionada por uma inquietante curiosidade acadêmica em vislumbrar como o direito, em seu caráter mutável, ao longo dos anos, vem evoluindo para garantir a salvaguarda dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e a tutela jurídica do acesso à saúde mental como direito fundamental.

Diante disso, a problemática central desta pesquisa está pautada na resposta da seguinte reflexão: como a luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil consolidou os direitos e garantias das pessoas portadoras de transtornos mentais? Para responder à reflexão proposta, a trajetória histórica e jurídica dos fatores que impulsionaram a Luta Antimanicomial no Brasil e, posteriormente, a Reforma Psiquiátrica com a promulgação da Lei nº 10.216/2001. Investigar esse processo reformista é imprescindível para compreender a mudança de paradigmas que houve na política de assistência à saúde mental no Brasil e no resgate da cidadania e dos direitos e garantias da pessoa portadora de transtorno mental.

Para responder a reflexão proposta, trajetória histórica e jurídica dos fatores que impulsionaram a Luta Antimanicomial no Brasil, e posteriormente, a Reforma Psiquiátrica com a promulgação da Lei nº 10.216/2001. Investigar esse processo reformista é imprescindível para compreender a mudança de paradigmas que houve na política de assistência à saúde mental no Brasil e no resgate da cidadania e dos direitos e garantias para pessoa portadora de transtorno mental.

Preliminarmente, no primeiro capítulo, a pesquisa realizará um recorte histórico acerca dos eventos ocorridos no Hospital Colônia de Barbacena, com base nas informações e relatos contidos na obra *Holocausto Brasileiro*, da escritora Daniela Arbex, publicada em 2013. A narrativa expõe o cotidiano da instituição manicomial, revelando os inúmeros exemplos de violações de direitos que ali ocorreram, em um contexto marcado pela supressão do princípio norteador da dignidade humana. A obra de Arbex traz à tona depoimentos impactantes e dados alarmantes sobre as condições de vida dos pacientes, evidenciando a desumanização a que eram submetidos. Essa análise histórica não apenas ilumina as práticas desumanas da época, mas também serve como um importante alerta sobre os perigos da institucionalização sem respeito aos direitos humanos. Ao refletirmos sobre o passado, podemos entender melhor a urgência de transformar o modelo de cuidado em saúde mental no Brasil.

No segundo capítulo, será realizado um levantamento dos principais movimentos sociais que alicerçaram a Luta Antimanicomial no Brasil. É imprescindível compreender o contexto político em que o país vivenciava, especialmente durante as décadas de 1970 e 1980, e como esse cenário influenciou o engajamento social na luta por um acesso mais democrático às políticas de saúde mental. As mobilizações de grupos de familiares, profissionais de saúde e defensores dos direitos humanos foram fundamentais para desafiar o modelo manicomial e propor alternativas de cuidado. A Constituição Federal de 1988 representou um marco nesse processo, ao assegurar direitos fundamentais e promover a inclusão social. Além disso, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um passo crucial para a

reestruturação das políticas de saúde mental, priorizando a desinstitucionalização e o tratamento em liberdade.

Finalizando a temática, o terceiro capítulo se dedicará à análise da Lei nº 10.216/2001, que, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi aprovada, representando um avanço significativo na Luta Antimanicomial e, acima de tudo, na reafirmação dos direitos e garantias das pessoas portadoras de transtornos mentais. Esta legislação trouxe um novo paradigma para o tratamento e a reintegração social dessas pessoas, estabelecendo princípios que visam à proteção da dignidade humana e à promoção de um atendimento humanizado. A lei destaca a importância da criação de serviços substitutivos e do acompanhamento em liberdade, buscando evitar a internação desnecessária e promover o respeito aos direitos dos indivíduos. Ao examinar os impactos e os desafios da implementação dessa lei, será possível compreender melhor o caminho a ser percorrido para garantir que os direitos das pessoas com transtornos mentais sejam efetivamente respeitados e promovidos na sociedade contemporânea.

Para alcançar as reflexões propostas, a pesquisa adotou uma metodologia que combina análise bibliográfica e documental, utilizando uma abordagem qualitativa com caráter exploratório. As fontes principais incluem artigos disponíveis no Google Acadêmico e na SciELO, além de doutrinas jurídicas e livros especializados. Dentre os autores consultados, destacam-se Daniela Arbex (2013), Luís Roberto Barroso (2019), Paulo Amarante (1995 e 2003), Luís Cerqueira (1984), Ingo Wolfgang Sarlet (2002) e José Afonso da Silva (1998). Além disso, foram analisados dispositivos jurídicos essenciais para a análise da problemática, como a Constituição Federal de 1988, o Projeto de Lei 3.657/1989, a Lei 10.216/2001 e a Lei 10.708/2003.

2 REFLEXÕES ACERCA DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONALIZADA NO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA

Durante anos, as “Casas dos Loucos”, denominação pela qual Foucault (1979) se referiu aos manicômios, foram utilizadas como ambientes de repressão e isolamento social. Nesse contexto, este capítulo tem o objetivo de analisar a violência institucionalizada que perpetuava o modelo asilar-manicomial, com um recorte histórico do fatídico episódio do Hospital Colônia de Barbacena, que, durante anos, foi palco de negligência e da supressão dos direitos humanos. Ademais, propõe-se uma discussão acerca do princípio da dignidade humana e de como ele foi violado no Hospital Colônia.

2.1 Barbacena: A Cidade das Rosas e dos Loucos

A cidade de Barbacena, localizada na região central de Minas Gerais, na Serra da Mantiqueira, é conhecida nacional e mundialmente como "Cidade das Rosas", devido à sua intensa cultura de produção, sendo uma das maiores produtoras de rosas e flores do Brasil. Por outro lado, de forma dicotômica, a cidade também é marcada historicamente pelo maior manicômio já existente no país, o que lhe rendeu o epíteto de "Cidade dos Loucos".

Antes da edificação do Centro Hospitalar Psiquiátrico Colônia, o local consistia em um sanatório particular para o tratamento de pessoas com tuberculose. Devido à sua localização em uma região montanhosa, acreditava-se que o clima ameno era ideal para lidar com a doença. No entanto, o sanatório entrou em falência e foi desativado, dando origem ao Hospital Colônia, fundado em 12 de outubro de 1903,

juntamente com outras sete instituições psiquiátricas, o que reforça a alcunha de "Cidade dos Loucos".

A priori, o hospital era responsável por oferecer um tratamento digno e adequado para pessoas com sofrimento psíquico; entretanto, desde 1914, já era alvo de denúncias pelo ambiente desumano. A deturpação da finalidade da instituição pode ser explicada pela história de sua criação, que ocorreu como forma de consolação após a cidade de Barbacena perder a disputa com Belo Horizonte para sediar a capital de Minas Gerais. Assim, o hospital tornou-se um grande curral eleitoral dos coronéis da cidade, que prometiam empregos no Colônia em troca de votos, ignorando a qualificação profissional e educacional dos contratados (Arbex, 2013).

Ao longo de seus anos de funcionamento, o Colônia serviu como uma forma de expurgar tanto as pessoas que se encontravam em sofrimento psíquico quanto os indesejáveis da sociedade, alinhando-se a um plano eugenista de limpeza social. Para se ter uma dimensão do descaso institucional, desde o início do século XX, os diagnósticos médicos eram padronizados, sem critérios para as internações. Segundo estimativas, cerca de 70% dos internos não sofriam de doença mental alguma (Arbex, 2013).

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (Arbex, 2013, p. 21).

Durante seu funcionamento, já em 1930, o Colônia, que inicialmente foi edificado com 16 pavilhões para prestar assistência a 200 pessoas, passou a acomodar, simultaneamente, cerca de 5 mil pessoas. A superlotação tornou o ambiente inóspito, propício à circulação de doenças devido à insalubridade, submetendo os internos a condições sub-humanas, como falta de alimentação e higiene, além da exposição ao frio. Para acomodar todos e economizar espaço, José Consenso Filho, chefe do Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica, sugeriu que as camas fossem substituídas por capim. Esse modelo de leito foi recomendado a outros hospitais do estado de Minas Gerais pelo próprio Poder Público em 1959 (Arbex, 2013).

Além das condições sub-humanas e do isolamento social, os internos eram submetidos a tratamentos cruéis e degradantes, como o uso de terapia de choque, lobotomia, duchas escocesas e medicação em excesso.

Diante de toda essa barbárie sistemática, em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, célebre ativista da luta antimanicomial, durante sua visita ao Colônia de Barbacena, comparou o ambiente a um verdadeiro campo de concentração. Essa comparação é reforçada pela escritora Daniela Arbex, que evidenciou a dimensão das atrocidades cometidas no hospital, em um espaço de repressão e violação dos direitos humanos.

A catástrofe humana é dimensionada pelo extermínio de mais de sessenta mil pessoas ao longo de cinco décadas de existência da instituição. Diante desse

extermínio em massa, fica evidente que a missão do Colônia não era tratar da saúde mental dos internos, mas sim servir como um depósito humano dos indesejados sociais, com total descaso pela vida humana.

Sessenta mil pessoas perderam a vida no Colônia. As cinco décadas mais dramáticas do país fazem parte do período em que a loucura dos chamados normais dizimou, pelo menos, duas gerações de inocentes em 18.250 dias de horror. Restam hoje menos de 200 sobreviventes dessa tragédia silenciosa. Boa parte deles está aqui neste livro. E é pelo olhar das testemunhas, das vítimas e de alguns de seus algozes que a história do Holocausto Brasileiro começa a ser contada (Arbex, 2013, p. 24).

Se já não bastasse toda a violência perpetuada no ambiente hospitalar com os vivos, mesmo após a morte, o descaso com os corpos dos pacientes se perpetuou. Cerca de 1.853 corpos de pacientes foram comercializados para dezessete faculdades de medicina do país, entre os anos de 1969 e 1980. Os demais corpos eram levados até o cemitério em um carrinho, com destino à vala comum.

Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida (Arbex, 2013, p.13).

Dessa forma, além das vítimas diretas do hospital, o genocídio de Barbacena também deixou inúmeros familiares sem respostas. Diante da ausência de critérios para internações, diversos pacientes, por intermédio de uma internação compulsória, tiveram suas histórias apagadas e violadas ao adentrarem na instituição, e seus familiares, tiveram que aprender a lidar com a dor imensurável da ausência.

Como forma simbólica de lembrança e em tributo às inúmeras vítimas do holocausto brasileiro, no dia 16 de agosto de 1996 foi fundado o Museu da Loucura no mesmo ambiente em que era realizada as desumanas duchas escocesas. Apesar das tentativas de rejeitar o passado, os políticos de Barbacena tentaram coibir a instalação do museu. No entanto, o Museu da Loucura ainda resiste, deixando um alerta para que a tragédia humana não tenha mais espaço (Arbex, 2013).

2.2 Princípio da Dignidade Humana como valor supremo e universal

A priori, é preciso destacar que o significado atribuído a Dignidade Humana pode ter várias interpretações e durante séculos, perpassou por diversas interpretações de acordo com o pensamento da sociedade da época. Para uma conceituação jurídico-normativa mais precisa, Ingo Wolfgang Sarlet expressa que a Dignidade da Pessoa Humana é:

Qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (Sarlet, 2002, p. 26).

As consequências deixadas pelas atrocidades da Segunda Guerra Mundial durante o século XX reverberaram em todo o mundo, deixando evidente a necessidade de mecanismos internacionais de defesa aos direitos humanos para reconstrução da ordem e da paz global.

Ao emergir da Segunda Guerra Mundial, após três lustros de massacres e atrocidades de toda sorte, iniciados com o fortalecimento do totalitarismo estatal dos anos 30, a humanidade compreendeu, mais do que em qualquer outra época da História, o valor supremo da dignidade humana. O sofrimento como matriz da compreensão do mundo e dos homens, segundo a lição luminosa da sabedoria grega, veio aprofundar a afirmação histórica dos direitos humanos (Comparato, 2015, p. 68-69).

Nesse contexto, a concepção contemporânea de Direitos Humanos ganhou reconhecimento com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), promulgada em 10 de dezembro de 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Esse marco histórico reflete a união de vários povos e nações de diversas culturas e origens jurídicas do mundo todo em prol de um movimento de internacionalização dos direitos humanos e da valorização da dignidade humana como princípio norteador da ordem internacional, refletindo-se nas declarações de direitos, convenções internacionais e nas constituições (Barroso, 2019).

A valorização da dignidade humana é acolhida pela Declaração Universal de Direitos Humanos e externada em seu art. 3º, que estabelece que todos os homens nascem livres e iguais, com dignidade e direitos inerentes à sua existência.

Dessarte, a ideia de dignidade humana positivada como princípio norteador da ordem internacional, consolidada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, consoante ao pensamento de José Afonso da Silva (1998), expressa que a dignidade humana é detentora de valor supremo, o que a confere um princípio constitucional fundamental e geral, devendo alicerçar toda a ordem jurídica. Ademais, defende ainda que o princípio não se limita apenas ao campo jurídico, sendo também de ordem política, econômica, social e cultural, fundante da República, da Federação, do país, da democracia e do direito.

Nesse diapasão, essas atribuições conferidas ao princípio garantem que a Dignidade Humana opere tanto como justificção moral quanto como fundamento normativo para os direitos fundamentais (Barroso, 2019).

No Brasil, diante da necessidade de positivação do referido valor supremo e universal, no escopo jurídico pátrio, a dignidade humana está disposta como princípio fundamental no Título I, artigo 1º, inciso III da Constituição Federal de 1988. Assim, na ótica de Luís Roberto Barroso, a importância da positivação do Princípio da Dignidade Humana é dada pelo seguinte fato:

[...] o princípio da dignidade humana vai informar o sentido e o alcance dos direitos constitucionais. Além disso, nos casos envolvendo lacunas no ordenamento jurídico, ambiguidades no direito, colisões entre direitos fundamentais e tensões entre direitos e metas coletivas, a dignidade humana pode ser uma boa bússola na busca da melhor solução. Mais ainda, qualquer lei que viole a dignidade, seja em abstrato ou em concreto, será nula (Barroso, 2019, p. 244-245).

Diante disso, é fundamental reconhecer o Princípio da Dignidade Humana como valor supremo e universal, essencial para a construção de sociedades justas e equitativas. Sua incorporação nas legislações nacionais e internacionais, especialmente na Constituição Federal de 1988 e na Declaração Universal dos

Direitos Humanos, ressalta a importância de proteger e promover os direitos inerentes a cada ser humano. Este princípio não apenas orienta a interpretação e aplicação das normas jurídicas, mas também serve como guia moral em um mundo repleto de desafios éticos e sociais. Ao reconhecer a dignidade humana como fundamento da ordem jurídica e política, asseguramos a base para a convivência harmônica entre os indivíduos e a construção de um futuro mais solidário e respeitoso, onde cada pessoa possa viver plenamente e contribuir ativamente para o bem-estar coletivo.

2.3 Supressão do Princípio da Dignidade Humana no Hospital Colônia de Barbacena

Durante cerca de oito décadas de funcionamento, entre os anos de 1903 e 1980, a tragédia humana promovida pelo Hospital Colônia de Barbacena foi sem precedentes. O fato, esquecido por muitos, trata-se, na verdade, de uma mácula nas páginas da história brasileira, marcado pelo massacre da dignidade humana. Relembrar esse passado é vislumbrar que a indiferença pode destruir vidas, servindo de alerta para que outras tragédias semelhantes não voltem a se repetir.

Em um estudo à luz do direito, analisando o ocorrido, é notório que o tratamento desumano concedido aos internos do Colônia de Barbacena é uma violação evidente do princípio fundamental da dignidade humana, disposto por tratados e convenções internacionais e recepcionado pelo ordenamento pátrio na Constituição Federal.

Ao adentrarem nos muros do Hospital Colônia, sem noção dos motivos que levaram à internação, os pacientes eram submetidos ao primeiro ato de desumanização, no qual precisavam passar pelo setor de triagem, sendo separados por sexo, idade e características físicas, obrigados a se despirem para tomarem um banho coletivo (Arbex, 2013).

Esse processo de desumanização demonstrava que, a partir do momento em que se adentrava ao Hospital Colônia, sua individualidade, seus direitos e sua história já tinham ficado para trás, sendo apagados em um processo de retirada da cidadania. A partir desse momento, segregados da sociedade, teriam sua existência retirada.

As mulheres andavam em silêncio na direção do Departamento A, conhecido como Assistência. Daquele momento em diante, elas deixavam de ser filhas, mães, esposas, irmãs. As que não podiam pagar pela internação, mais de 80%, eram consideradas indigentes. Nesta condição, viam-se despidas do passado, às vezes, até mesmo da própria identidade. Sem documentos, muitas pacientes do Colônia eram rebatizadas pelos funcionários. Perdiam o nome de nascimento, sua história original e sua referência, como se tivessem aparecido no mundo sem alguém que as parisse (Arbex, 2013, p. 24).

Na rotina do Colônia, em meio a falta de gerência adequada da instituição e a omissão do poder público, a fome e a sede eram sensações comuns e o esgoto que percorria os pavilhões era fonte de água. Os internos tinham sua alimentação empobrecida e ainda lidavam com o seu racionamento (Arbex, 2013).

Além da tortura psicológica propiciada por um ambiente insalubre e desumano, em total desacordo com a dignidade dos pacientes, os métodos de tortura física eram banalizados e exercido pelos profissionais do Colônia de forma arbitrária, como forma de repressão no ambiente. O método de eletroconvulsoterapia, que existe desde 1938, era utilizado no Colônia a seco, sem anestesia, de forma comparável à prática de tortura (Arbex, 2013).

A prática de tortura e os maus-tratos eram utilizados de forma indiscriminada pelos profissionais, que na maioria dos casos, sem qualificação alguma, utilizavam os

1964 até a sua redemocratização com o retorno das eleições diretas em 1989 (Amarante, 2003).

A "Indústria da Loucura", termo utilizado pelo psiquiatra Luiz Cerqueira (1984) em sua obra *Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental*, alertava sobre a prática de mercantilização da saúde mental no país durante os anos de vigência da Ditadura Militar. É válido ressaltar que, antes da formação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1977, que ampliou a atuação do Estado no oferecimento de saúde, havia apenas a cobertura previdenciária feita pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nessa perspectiva, houve a unificação dos sistemas de assistência médica, pensões e aposentadorias, o que consolidou o apoio social de que o regime militar precisava diante da crescente necessidade de assistência no âmbito da saúde queurgia no Brasil.

O INAMPS, durante seus anos de funcionamento, impactou diretamente o setor psiquiátrico do país, com o crescimento do setor farmacêutico, o vertiginoso aumento das internações e, paralelamente a esses dois fatores, a baixa cobertura assistencial, principalmente fora dos grandes centros urbanos.

A ideologia privatista do governo da época expandiu os investimentos das redes privadas e, em razão de ordem pública para atender à emergente demanda por internações, houve um aumento na contratação de leitos em hospitais privados. Em consequência desse fato, os hospitais da rede pública, destinados aos pacientes que não possuíam vínculos previdenciários, continuaram em precárias condições (Paulin; Turato, 2004).

Nesse contexto, durante as décadas de 1960 e 1970, além da luta social contra a Ditadura Militar, em meio a toda a efervescência política, começaram a surgir questionamentos referentes à eficiência da assistência em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo central. Somado a isso, no mesmo período, emergiram denúncias do tratamento desumano ao qual os internos eram submetidos nos grandes hospícios do país, sujeitos ao abandono, violência e maus-tratos (Tenório, 2002).

Indubitavelmente, os movimentos sociais pela Luta Antimanicomial tiveram forte influência na luta pela construção de um Estado democrático e pelo fim da Ditadura Militar, com a mobilização da sociedade civil do Brasil em busca de alterações no cenário sociopolítico.

Influenciados pelos movimentos sociais que eclodiam no país, em 1978, com a situação desumana em que se encontravam os pacientes do Centro Psiquiátrico Pedro II, somada à falta de valorização e às péssimas condições trabalhistas no local, houve uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. A repercussão gerada por esse marco fez com que as primeiras discussões acerca da necessidade de uma Reforma Psiquiátrica viessem a público (Amarante, 1995).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado em 1979, foi o primeiro marco social na luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Organizado por profissionais da saúde e familiares de pacientes internos, defendia uma profunda reforma psiquiátrica no país, com o redirecionamento da assistência em saúde mental.

Posteriormente ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987, houve a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Os dois eventos foram responsáveis por ampliar a busca pela Reforma Psiquiátrica e por uma sociedade sem manicômios.

Paralelamente às manifestações contra a Ditadura Militar, o Movimento da Reforma Sanitária (MRSB) ganhava cada vez mais visibilidade no país, na busca por políticas públicas de acesso a uma saúde universal, sem mercantilização. Dessa forma, o movimento foi de extrema valia no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois, sem suas propostas de discussão, as mudanças em saúde mental não seriam possíveis.

Com a redemocratização do país, em 1990, é possível denotar que a Reforma Psiquiátrica brasileira tem a reivindicação por cidadania das pessoas com transtornos mentais como valor central da luta, em um amplo conjunto de práticas e saberes. Nesse contexto, atores de diferentes perfis da sociedade participaram desse processo, e a reforma se desdobrou em dimensões políticas, sociais, jurídicas e culturais, e não apenas no aspecto clínico (Tenório, 2002).

Assim, a luta antimanicomial no Brasil, impulsionada pela mobilização social e pelo engajamento de diversos atores, não apenas desafiou as práticas desumanizadoras dos manicômios, mas também abriu espaço para a construção de um sistema de saúde que prioriza a dignidade e a cidadania das pessoas com transtornos mentais. As conquistas alcançadas até o momento evidenciam a necessidade de um compromisso contínuo com a transformação social e a implementação de políticas públicas que assegurem o bem-estar de todos, reafirmando que a saúde mental é um direito fundamental e deve ser integralmente respeitada em todas as suas dimensões.

3.2 Constituição de 1988 e o Direito Fundamental à Saúde Mental

Com a redemocratização do Brasil e a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Estado democrático de direito foi consolidado durante os anos conturbados da Ditadura Militar, com a finalidade de assegurar direitos fundamentais e garantir o bem-estar social.

Como reconhecimento da saúde como direito fundamental e princípio básico da condição humana, a Constituição Cidadã, em seu artigo 196, dispõe:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art. 196).

O art. 6º da CRFB/1988, positiva o direito a saúde no rol dos direitos sociais.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Brasil, 1988, art. 6º).

Como direito social, a saúde, pela primeira vez, passa a ser de responsabilidade do estado, que deverá promover políticas de acesso universal e igualitário de saúde para população, visto que, consoante ao pensamento de Moraes, os direitos sociais se expressam como:

Direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras liberdades positivas, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria de condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são

consagrados como fundamentos do Estado Democrático, pelo art. 1º, IV da Constituição Federal (Moraes, 2002, p. 836).

Para a efetivação do direito fundamental à saúde, o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que mudou para sempre os rumos da política de assistência nas ações de saúde pública no Brasil, assegurando seu acesso universal e igualitário.

A promulgação da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde, é de relevância ímpar nos avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, visto que a saúde mental da sociedade está inerente à efetivação de sua Constituição, alinhada e consolidada no princípio da dignidade humana que fundamenta a Carta Magna (Pinheiro, 2022). Com a desvinculação da atenção à saúde da Previdência Social, o SUS, como reflexo da luta sanitária no Brasil, contribuiu diretamente para a Reforma Psiquiátrica.

Nesse contexto, a saúde mental, que antes era frequentemente negligenciada, passou a ser entendida como um direito fundamental e humano. A partir de então, foram promovidas políticas públicas e ações específicas que visam garantir o acesso à saúde mental, reconhecendo sua importância para o bem-estar geral da população. A valorização da saúde mental na esfera pública reflete um avanço significativo na promoção da qualidade de vida e na redução do estigma associado às doenças mentais, reafirmando que todos têm o direito a uma assistência adequada e humanizada.

3.3 Projeto de Lei Paulo Delgado

No período de redemocratização brasileira, em 1989, a base da Lei nº 10.216/2001 foi proposta no Congresso Nacional a partir do Projeto de Lei nº 3.657/89, pelo Deputado Federal mineiro Paulo Delgado. O projeto foi apresentado ao Congresso com a finalidade central de gerar mudanças significativas no modelo de tratamento das pessoas com transtornos mentais, diante de um redirecionamento assistencial, efetivando, assim, seus direitos e garantias. Assim, em sua ementa estava expresso que o dispositivo jurídico: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (Brasil, 1989).

Até o período de propositura do projeto de lei, no ano de 1934, o Decreto Presidencial 24.559, baixado por Getúlio Vargas, era o que vigorava. No texto normativo, estava disposto que a internação dos pacientes em hospitais psiquiátricos podia ser feita por intermédio de um simples atestado médico e, de forma arbitrária, estava sujeita à solicitação de qualquer pessoa que tivesse a intenção de internar outrem (Arbex, 2013).

Nos trâmites percorridos no Congresso Nacional, o Projeto Paulo Delgado passou pela apreciação de duas comissões da Câmara dos Deputados: a Comissão de Justiça e Redação (CCJR) e a Comissão de Seguridade Social e Familiar (CSSF). Nas duas apreciações, a proposta de lei teve seu parecer favorável.

Apesar do parecer favorável concedido pelas duas comissões, em 1990, ao retornar ao Plenário, os parlamentares tiveram ideias divergentes com relação à problemática do fechamento dos hospitais psiquiátricos. Os impasses eram reflexos da resistência apresentada pela classe médica e pelos familiares de pacientes internos, levando em consideração que os métodos médicos adotados no Brasil estavam associados a uma tradição de cárcere, em detrimento do tratamento ambulatorial e comunitário aberto. Ademais, mesmo com as constantes resistências,

por intermédio de um acordo entre as lideranças políticas, no mesmo ano de 1990, o Projeto de Lei foi aprovado, prosseguindo para o Senado Federal. Com essa decisão, estava constituída a primeira lei de desospitalização em trâmite no Congresso brasileiro e de toda a América Latina (Arbex, 2013).

Analisando os quatro artigos dispostos no projeto de lei, percebe-se a intenção de romper com o passado de tratamento desumano que era concedido às pessoas com transtornos mentais. Assim, o art. 1º vedava a ampliação de novos hospitais psiquiátricos e a contratação de novos leitos pelo poder estatal; o art. 2º estabelecia que os estados buscassem implementar recursos não-manicomiais; o art. 3º trazia a regulação da internação no modelo compulsório, impondo a responsabilidade do acompanhamento à Defensoria Pública e, por fim, o art. 4º buscava revogar o decreto que era responsável pela regulação psiquiátrica até então vigente (Brasil, 2001).

O referido projeto de lei, a partir do ano de 1992, foi responsável por promover movimentos sociais que ecoaram por diversos estados do país. Assim, durante esse período, as primeiras leis pela substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental começaram a sair dos papéis (Brasil, 2005).

Portanto, o Projeto de Lei Paulo Delgado emerge como um elemento transformador na política de saúde mental no Brasil, simbolizando o compromisso com a desinstitucionalização e a promoção dos direitos dos indivíduos com transtornos mentais. Sua aprovação representou um avanço significativo na busca por um modelo de atendimento que prioriza a dignidade, a autonomia e a reintegração social, afastando-se do tratamento desumano associado aos manicômios. Esse marco legal não apenas estimulou a implementação de alternativas assistenciais em diversas regiões do país, mas também catalisou um movimento social em prol de uma saúde mental mais justa e acessível, reafirmando a necessidade de continuar essa luta pela construção de uma sociedade inclusiva e respeitosa.

4 A LEI Nº 10.216/2001 E A CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS E GARANTIAS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS

Após 12 anos de tramitação e de longos debates no Congresso Nacional, a Lei 10.216 foi sancionada no dia 6 de abril de 2001, por Fernando Henrique Cardoso, presidente da época. Inicialmente, como projeto de lei, foi proposta pelo deputado federal de Minas Gerais, Paulo Delgado.

A Lei da Reforma Psiquiátrica, como é popularmente denominada, é composta por 13 artigos e consiste em um avanço jurídico no tratamento das pessoas com transtornos mentais no Brasil, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial de saúde mental (Brasil, 2001).

O art. 1º determina que a Lei nº 10.216/2001 trata da proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e assegura que serão assistidas sem distinção ou qualquer forma de discriminação.

No art. 2º da lei, é estabelecido que a pessoa, os familiares ou responsáveis deverão ser informados acerca dos direitos da pessoa portadora de transtorno mental. Esses direitos são elencados em nove incisos dispostos no parágrafo único do referido 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;

métodos de choque e medicações sem prescrições como uma forma de violência simbólica, cuja finalidade consistia em conter e intimidar os internos. Não existia finalidade terapêutica nos métodos, e sim de opressão (Arbex, 2013).

Dentro do maior manicômio do país, os pacientes do Colônia eram expostos a violência humana de forma corriqueira, sem o mínimo de dignidade humana para garantia de seu bem-estar social e da sua própria existência. Os inocentes da instituição conviveram com a maldade humana permitida pelo estado e a sociedade na sua pior forma.

Dentro dos pavilhões, promiscuidade. Crianças e adultos misturados, mulheres nuas à mercê da violência sexual. Nos alojamentos, trapos humanos deitados em camas de trapos. Moscas pousavam em cima dos mortos-vivos. O mau cheiro provocava náuseas. Em outro pavilhão, a surpresa: capim no lugar de camas. Feno, aliás, usado para encher colchões, abrigar baratas, atrair roedores. Viu muitos doentes esquecidos nos leitos, deixados ali para morrer. A miséria humana escancarada diante de sua máquina. Jamais havia flagrado nada parecido (Arbex, 2013, p. 157-158).

A discussão sobre os direitos de terceira geração destaca a interconexão entre a dignidade humana e os direitos de primeira geração, especialmente no que se refere à liberdade e à autonomia individual. Os direitos de terceira dimensão, frequentemente relacionados à solidariedade e à fraternidade, possuem um caráter universal que transcende a individualidade, exigindo esforços coletivos e responsabilidade em escala global para sua plena realização. Assim, a proteção da dignidade humana vai além da garantia de liberdades individuais, englobando a promoção de condições que assegurem o bem-estar comum, o que demanda um compromisso coletivo e colaborativo de todos os setores da sociedade (Sarlet, 2015).

No entanto, a omissão do poder público juntamente com a ignorância e indiferença da sociedade da época permitiu que as atrocidades cometidas pelo Hospital Colônia de Barbacena se perpetuassem por um longo período, até que as primeiras denúncias começassem a produzir seus efeitos. A instituição, que deveria ser um ambiente de acolhimento e assistência para o tratamento dos internos, passou a ser um local de horror e de descaso com a vida e a dignidade humana, sendo símbolo da ausência de dignidade e de direitos fundamentais, ignorando a autonomia, a liberdade e a proteção à vida dos internos.

3 REFORMA PSIQUIATRICA NO BRASIL E O RECONHECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE MENTAL

Neste capítulo, traçaremos a trajetória histórica que ocasionou a Reforma Psiquiátrica no Brasil e a positivação do direito à saúde mental, destacando os principais fatores que desencadearam a Luta Antimanicomial, juntamente com o reconhecimento dos movimentos sociais nesse processo de construção do pensamento reformista que mudaria para sempre os rumos do tratamento às pessoas com transtornos mentais, na consolidação dos seus direitos e garantias.

3.1 Contexto Sociopolítico e Histórico da Luta Antimanicomial no Brasil

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi reflexo do cenário de reclusão e violência ao qual os internados eram submetidos nos grandes manicômios espalhados pelo território nacional. Com um viés humanístico, começou no período de transição política em que o país se encontrava, do regime ditatorial militar que começou em

- 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, art. 2º).

O art. 3º confere ao Estado a responsabilidade de promover o desenvolvimento da política de saúde mental, juntamente com o incentivo à participação da sociedade e da família nesse processo de assistência aos portadores de transtornos mentais.

No art. 4º, o dispositivo determina que a internação, em qualquer uma de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem escassos, visto que a finalidade permanente do tratamento é a reinserção social do paciente. Além disso, dispõe ainda da necessidade de uma sistematização de uma equipe multidisciplinar de assistência integral ao paciente, que deverá estar presente, contando com serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais e de lazer.

Pensando na internação do paciente que está a longo prazo hospitalizado ou condicionado à dependência institucional, o quinto artigo estabelece que, nesses casos, contarão com uma política própria de alto planejamento e reabilitação social assistida.

No caso de internação, a fim de evitar internações arbitrárias e sem fundamentação médica e legal, o art. 6º determina a necessidade de um laudo médico circunstanciado que caracterize as motivações da conduta. Além da fundamentação médica que deve constar no laudo para validação da internação, o parágrafo único estabelece três tipos de internação: internação psiquiátrica voluntária, involuntária e compulsória.

Nos casos de internação voluntária, o sétimo artigo dispõe que a autonomia do paciente deve ser respeitada, com seu consentimento expresso e escrito para se submeter ao tratamento psiquiátrico desejado, assim como seu desejo de encerrar o tratamento, respeitando seu direito de escolha. Ademais, a solicitação do término da internação também poderá ser realizada pelo médico assistente.

Na internação involuntária, conforme o parágrafo primeiro do art. 8º, visando à salvaguarda dos direitos do paciente, alinhada aos padrões clínicos e éticos almejados pela Lei da Reforma Psiquiátrica, é necessário que haja a comunicação ao Ministério Público Estadual responsável pelo estabelecimento hospitalar, no prazo de setenta e duas horas.

Para o término da internação de forma involuntária, o parágrafo segundo do art. 8º expressa que o pedido será feito de forma escrita pela família, por responsável legal ou pelo profissional especialista responsável pelo tratamento do paciente.

A internação compulsória, dada a sua complexidade, será uma medida de caráter administrativo-jurídico, concedida por um juiz, conforme está disposto no nono artigo. Dessa forma, o juiz competente deverá analisar as condições de segurança do estabelecimento, visando à salvaguarda tanto do paciente quanto dos demais internos e dos funcionários que trabalham no ambiente

O art. 10º dispõe que, em casos de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento do paciente, a comunicação deverá ser feita em até vinte e quatro horas pela direção do estabelecimento hospitalar à família ou representante legal e à vigilância sanitária responsável.

Visando respeitar a autonomia da pessoa acometida de transtorno mental, o art. 11 deixa evidente que, para a realização de pesquisas científicas com finalidade diagnóstica ou terapêutica, é cabível a autorização expressa do paciente ou de seu representante legal, bem como dos conselhos profissionais competentes e do Conselho Nacional de Saúde.

Apesar de a Lei da Reforma Psiquiátrica se apresentar de forma mais contida em relação às mudanças que eram buscadas pelo projeto de lei original, ao observar cada artigo do dispositivo, é imprescindível ressaltar que houve um redirecionamento para a assistência no âmbito da saúde mental, com a valorização do cuidado em meio comunitário (Brasil, 2001).

Para a concretização da desinstitucionalização proposta na lei, foram implementados alguns projetos e programas para a redução dos leitos psiquiátricos. Assim, além da desinstitucionalização, espera-se que haja um resgate ou estabelecimento da cidadania, com o devido respeito à singularidade humana do paciente. É preciso torná-lo sujeito ativo e autônomo em seu próprio processo de tratamento, para que, assim, haja uma verdadeira reinserção social e familiar (Gonçalves; Sena, 2001).

Nesse interim, entre os meios alternativos criados para a desinstitucionalização, pensando no resgate da cidadania, no dia 31 de julho de 2003, houve a criação da Lei n.º 10.708, popularmente denominada como Lei do Programa de Volta para a Casa. O dispositivo consiste na instituição do auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. Sob a coordenação do Ministério da Saúde, o auxílio-reabilitação psicossocial faz parte da Política Nacional de Saúde Mental, com a finalidade de promover a reinserção social e familiar do paciente. Assim, além da reabilitação social, o projeto é primordial para coibir a dependência institucional, efetivando o direito à cidadania e à autonomia da pessoa portadora de transtorno mental (Brasil, 2003).

Ademais, para concretização da desinstitucionalização proposta pela lei, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) exercem uma função extremamente relevante nesse processo, visto que consistem em unidades especializadas no âmbito municipal para realizar o atendimento em saúde mental e reabilitação psicossocial. Nessas unidades, em um tratamento não-hospitalar, promovem serviços abertos à comunidade e focados no cuidado de pessoas em intenso sofrimento psíquico (Centros..., 2024).

Os Centros de Atenção Psicossocial englobam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), vinculada ao Sistema único de Saúde (SUS), norteados pelos princípios da equidade e universalidade no atendimento. Assim, esses centros buscam promover a inclusão social e autonomia dos pacientes por meio de um modelo comunitário de atenção, com menor dependência de internações hospitalares prolongadas. Segundo informações do Ministério da Saúde, os CAPS atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles em decorrência do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e oferecem suporte em momentos de crise e acompanhamento contínuo na reabilitação psicossocial (Centros..., 2024).

Visando uma melhor cobertura na assistência às diferentes necessidades, os CAPS são estabelecidos em modalidades específicas. Dessarte, O CAPS I, destinado a municípios com mais de 15 mil habitantes, atende a pessoas de todas as idades em

intenso sofrimento psíquico. Já o CAPS II, indicado para regiões com mais de 70 mil habitantes, presta o mesmo tipo de atendimento, com estrutura adequada a uma população maior, priorizando pessoas com problemas mentais graves e persistentes, além de usuários com demandas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. Outra modalidade, o CAPS Infantil (CAPSi), é voltada para crianças e adolescentes e oferece cuidados especializados para a saúde mental do público infantojuvenil (Centros..., 2024).

Há também o CAPS ad, que atende todas as faixas etárias, com foco específico nos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esse serviço busca auxiliar na reabilitação psicossocial dos usuários e no monitoramento preventivo de recaídas. O CAPS III, por sua vez, atende pessoas com transtornos mentais graves em municípios com mais de 150 mil habitantes e funciona 24 horas, inclusive em feriados e finais de semana, oferecendo leitos para acolhimento noturno e apoio clínico contínuo, além de servir como retaguarda para outros serviços de saúde mental (Centros..., 2024).

Por fim, o CAPS ad III é direcionado a pessoas de todas as idades com intenso sofrimento devido ao uso de substâncias psicoativas, funcionando ininterruptamente e com até 12 leitos para observação e monitoramento. Esse serviço atende municípios com mais de 150 mil habitantes e se destaca pela estrutura que permite o acompanhamento clínico contínuo e o atendimento de emergências psiquiátricas (Centros..., 2024).

Portanto, os serviços oferecidos nos Centros de Assistência Psicossocial desempenham um papel fundamental na política pública de atenção em saúde mental. Consiste no meio extra-hospitalar encontrado para substituir o modelo asilar-manicomial de forma progressiva, em uma rede de atenção continuada de fortalecimento da autonomia e resgate da cidadania com o fortalecimento das interações familiares e sociais. Todos esses esforços são primordiais para promoção de uma atenção em saúde mental humanizada, com o devido respeito aos direitos e garantias das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Apesar da Lei da Reforma Psiquiátrica ter promovido um expressivo fechamento e redução dos hospitais psiquiátricos no Brasil, além de fortalecer a criação de serviços comunitários de saúde mental como os CAPS, diversos desafios ainda precisam ser abordados. A implementação da reforma gerou tensões entre a saúde mental pública e parte da psiquiatria tradicional, refletindo uma dicotomia entre a “ideologia” da política de saúde mental do SUS e a cientificidade da psiquiatria. Essa situação dificultou o engajamento de jovens psiquiatras no trabalho comunitário (Delgado, 2013).

Além disso, a pesquisa em saúde mental tende a favorecer ambientes acadêmicos experimentais, relegando a prática cotidiana no SUS. A precariedade estrutural do sistema também compromete a qualidade dos novos serviços, gerando insatisfação entre os usuários e instabilidade entre os profissionais. O campo é permeado por discussões sobre formas de cuidado, cidadania dos usuários e a luta por uma sociedade sem manicômios (Delgado, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto, ao longo desta pesquisa, buscou-se abordar a relevância da Reforma Psiquiátrica no Brasil não apenas como uma alteração nos paradigmas das políticas de saúde mental, mas como um movimento social que promoveu a dignidade e os direitos humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A Lei nº

10.216/2001, vitória da luta reformista, representa um marco significativo, pois estabelece princípios e diretrizes fundamentais para a desinstitucionalização, assegurando que os pacientes sejam tratados com respeito e inclusão na sociedade.

Nessa perspectiva, compreendeu-se a necessidade do direito em regular os direitos dos grupos socialmente vulneráveis, diante da omissão do Estado, a exemplo da tragédia humana do Holocausto de Barbacena. No maior complexo manicomial que o Brasil já conheceu, ficou evidente que a vida humana foi banalizada e que a violência sistêmica retirava toda dignidade humana e cidadania dos inocentes que foram internos. Submetidos ao frio, à fome, à superlotação, ao isolamento social e às constantes torturas, já desconheciam seus direitos e sua própria existência humana.

O Hospital Colônia de Barbacena não foi um caso isolado, visto que, antes da Reforma Psiquiátrica, a violência institucional estava enraizada no modelo asilar-manicomial. O isolamento terapêutico era a única alternativa vislumbrada pela comunidade médica da psiquiatria tradicional e utilizada como forma de depósito humano, visto que a intenção não era ofertar um tratamento digno, e sim segregar as pessoas tidas como “loucas” da sociedade. Diante disso, a análise realizada evidencia que a Luta Antimanicomial foi um fator imperioso no marco reformista, que buscava meios alternativos e mais humanos de tratamento com base extra-hospitalar.

Outrossim, é válido destacar que, como foi demonstrado, a trajetória histórica percorrida pela Reforma Psiquiátrica foi um processo de anos e encontrou resistência para a normatização de uma lei que colocasse em prática a desinstitucionalização. A prova disso está no fato de que a Lei nº 10.216/2001 passou 12 anos para ser sancionada no Congresso Nacional, desde a primeira submissão do projeto de lei 3657/1989, conhecido como Lei Paulo Delgado. Durante esses 12 anos de tramitação, o Projeto de Lei Paulo Delgado serviu como base de inspiração para criação de normas estaduais que ofertassem novas práticas de tratamentos psiquiátricos em busca da desospitalização.

A análise realizada demonstra que a luta pela dignidade e inclusão das pessoas com transtornos mentais é resultado de uma transformação lenta e contínua na consciência coletiva e nas políticas públicas brasileiras. Os movimentos sociais e a pressão da sociedade civil tiveram um papel central na formulação de políticas de saúde mental que buscam garantir uma assistência digna e baseada no respeito aos direitos humanos. A Lei nº 10.216/2001, marco legal que regulamenta os direitos dos portadores de transtornos mentais, simboliza essa conquista, visando um modelo assistencial que promova a desinstitucionalização e a integração social dessas pessoas.

Assim, por conseguinte, após 12 anos de intensos debates entre os parlamentares, a Lei nº 10.216/2001 foi um avanço primordial para a positivação dos direitos e garantias das pessoas portadoras de transtornos mentais, que, até então, com o modelo asilar-manicomial, tinham seu direito de cidadania e de autonomia intrinsecamente violados, visto que eram isoladas do âmbito comunitário e familiar. O dispositivo jurídico não apenas reconheceu a relevância do tratamento extra-hospitalar, como também enfatizou a necessidade de uma abordagem centrada no indivíduo, promovendo a reintegração social e o respeito à dignidade.

Diante de tudo que foi evidenciado, o presente estudo possui uma relevância social e acadêmica por ampliar o debate sobre o direito fundamental à saúde mental, intrinsecamente ligado ao direito à vida. O direito, em seu caráter mutável e diante das constantes transformações sociais, tem a característica de regular a vida em sociedade. Nesse contexto, o estudo contribui para a discussão sobre a importância

de um atendimento humanizado e inclusivo na área da saúde mental, alinhado ao princípio da dignidade humana.

É preciso ainda ressaltar que a luta pela Reforma Psiquiátrica ainda está em curso na sociedade, como uma problemática complexa e pouco discutida. Como demonstrado ao longo da pesquisa, ainda existem inúmeros desafios presentes na consolidação do modelo extra-hospitalar. A única certeza que temos é que a Lei nº 10.216/2001 foi responsável por traçar princípios e diretrizes fundamentais para a consolidação dos direitos e garantias das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Com a finalidade de evitar tragédias humanas como a que aconteceu em Barbacena, em tributo a todas as vítimas da violência institucional, espera-se que essas tragédias não voltem a se repetir. É essencial que a sociedade, os profissionais de saúde e os gestores públicos se unam para garantir que as lições aprendidas não sejam esquecidas jamais. A promoção de uma saúde mental humanizada e inclusiva deve ser prioridade, assegurando que todos tenham acesso a tratamentos dignos e respeitosos. Somente por meio de uma vigilância constante e do fortalecimento dos direitos humanos e dos dispositivos jurídicos específicos de proteção aos portadores de transtornos mentais poderemos construir um sistema de saúde mental que realmente proteja a vida e a dignidade de todos os indivíduos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Editora Geração, 2013.

BARROSO, Luís Roberto. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. São Paulo, SaraivaJur, 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei n.º 3.657, de 1989**. Dispõe sobre normas gerais para a promoção da pessoa portadora de deficiência. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=23497&fichaAmigavel=nao>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 out. 2024.

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: Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm . Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 31 out. 2024.

CENTROS de atenção psicossocial. **Gov.br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 8 out. 2024.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social**: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

COMPARATO, Fábio Konder. **Afirmção histórica dos direitos humanos**. 9. ed. São Paulo, Saraiva, 2015.

DELGADO, Pedro Gabriel. Reforma psiquiátrica: conquistas e desafios. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2013000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 out. 2024.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ROSA, J. G. **Primeiras Estórias**. 6. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1972.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48–55, mar. 2001. <https://bvsms.saude.gov.br/20-anos-da-reforma-psiquiatrica-no-brasil-18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial/> Acesso em: 5 out. 2024.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 31 out. 2024.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241–258, maio 2004.

PINHEIRO, Victor Marcel. **Devido processo legislativo**: princípios, elaboração das leis ordinárias no Congresso Nacional e controle judicial. 2022. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. 1, p. 25–59, jan. 2002.