



O DIREITO A SAÚDE MENTAL

PAMPONET, Ana Maria Seixas ¹
MATOS, Luciana de Oliveira ²

RESUMO

Este artigo pretende demonstrar a importância do direito à saúde mental, visto que, a mesma é uma garantia que está prevista na Constituição de federal de 1988 e deve ser efetivada de forma plena pelo Estado. Conforme pesquisado, os transtornos mentais nem sempre foram observados como um setor da saúde o que gerava preconceitos e estigmas, mas com o passar do tempo, com o desenvolvimento da sociedade, por meio de lutas sociais e reformas institucionais, assistenciais e legislativas, os direitos dos portadores desses transtornos formam sendo modificados, observando-se, principalmente os direitos humanos desses indivíduos.

Palavras-chave: Saúde mental; transtornos mentais; luta antimanicomial; reforma psiquiátrica; direitos humanos.

ABSTRACT

This article seeks to demonstrate the importance of the right to mental health, since it is a guarantee that is provided for in the Federal Constitution of 1988 and must be fully implemented by the State. According to research, mental disorders were not always observed as a health sector that generated prejudices and stigmas, but over time, with the development of society, through social struggles and institutional, welfare and legislative reforms, the rights of Carriers of the disorders are being modified, observing, mainly, the human rights of individuals.

Keywords: Mental health; lying disorders; antimanicomial fight; psychiatric reform; human right

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO; 2 APONTAMENTOS HISTÓRICOS ACERCA DA DOENÇA MENTAL; 3 O PAPEL DO ESTADO EM PROPORCIONAR O DIREITO A SAÚDE MENTAL COMO SENDO UM DIREITO FUNDAMENTAL DO INDIVÍDUO; 4

¹ Pós-Doutora em Ciências Sociais – Ces.Pt, Doutora em Ciências Jurídicas – Ufpb.Br, Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Processo Constitucional e Direitos Fundamentais.- UCSAL. E-mail: pamponet.ana@ig.com.br.

² Graduada em Direito pela Faculdade Ruy Barbosa; Estagiária da Tribuna de Justiça da Bahia.

TRATAMENTOS NOS MANICÔMIOS E A EXCLUSÃO SOCIAL; 5 A RELAÇÃO DA SOCIEDADE COM O LOUCO E A LUTA ANTIMANICOMIAL; 6 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O ESPAÇO DO DOENTE MENTAL NA SOCIEDADE; 7 MUDANÇA NO PLANO ASSISTENCIAL À SAÚDE MENTAL; 8 CONCLUSÃO; REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 dispõe que a saúde é um direito social, posto isso, deve o Estado garantir que esse direito seja exercido de forma que alcance a todos os sujeitos. A saúde mental, como sendo uma espécie do gênero saúde, deve ser observada da mesma maneira. Ocorre que, essa espécie nem sempre foi observada com a devida importância que se deve ter.

A deficiência na saúde mental atinge uma significativa parcela da população brasileira, e deve ser assistida de forma que atenda às necessidades e particularidades de cada indivíduo, respeitando sempre os direitos humanos. Mas o olhar para esse assunto nem sempre foi claro, pelo contrário, antigamente a doença mental era alvo de preconceitos e estigmas, o que gerava a exclusão do possuidor de transtornos mentais na sociedade.

No passado, os loucos, como eram chamados os acometidos de transtornos mentais, eram excluídos do convívio social, por se acreditar que eles apresentavam perigo para a sociedade e fugiam da “normalidade”, causando uma desordem social. Desta maneira, esses sujeitos eram postos em manicômios e recebiam tratamentos desumanos, e perdiam a sua subjetividade. Conforme o tempo foi passando e a sociedade foi evoluindo, a percepção acerca da doença mental foi sendo modificada e a sociedade buscou por meio de lutas e reformas, melhores condições para esses indivíduos.

Foi instaurada a luta antimanicomial e conseqüentemente a reforma psiquiátrica, que trouxeram significativas mudanças no âmbito da saúde mental. Desta maneira, o Estado passou a modificar a forma de assistência e tratamento dos transtornos mentais criando modelos de assistência baseados nos direitos humanos e formular uma legislação que garanta direitos à essa determinada parcela da sociedade.

Portanto, demonstra-se que, os possuidores de transtornos mentais devem ser respeitados e terem seus direitos garantidos, sendo tratados de forma igualitária para que seja cumprido o que está estabelecido na Constituição Federal de 1988.

O objetivo geral deste artigo é apresentar a importância da garantia do direito à saúde; o papel do Estado, na figura de garantidor constitucional e da sociedade como sendo sujeito essencial na busca pela efetivação dessa garantia. Mostrando ainda, as transformações ocorridas ao longo do tempo, na forma em que os transtornos mentais e seus possuidores eram vistos e tratados pela sociedade.

As pesquisas foram realizadas por meio bibliográfico de autores nacionais e internacionais, leis, portarias e da Constituição Federal de 1988 com o intuito de expor o tema.

2 APONTAMENTOS HISTÓRICOS ACERCA DA DOENÇA MENTAL

A deficiência mental nem sempre foi vista como uma doença, tal ignorância gerava preconceito e conseqüentemente a exclusão na sociedade dos indivíduos acometidos. A história da loucura é marcada por bastante luta e quebras de paradigmas que eram impostos para aqueles que fugiam da “normalidade”.

Segundo Gugel (2007) muitos pais ao perceberem que seus filhos eram portadores de alguma deficiência os abandonavam, mas com o surgimento do cristianismo no Império Romano, essas práticas foram fortemente críticas pela igreja que era baseada no amor e na caridade, abrigando essas pessoas, o que ocasionou o surgimento dos primeiros hospitais de caridade, que apesar de acolherem os deficientes, acabavam deixando-os fora da roda social.

Conforme afirma Aranha (2001), pouco se sabe sobre como eram tratados os deficientes na Idade Antiga e Idade Média; na idade Antiga a sociedade era basicamente dividida em dois níveis sociais: a nobreza e os servos, na qual os nobres detinham poder absoluto em relação aos seus servos, e esses não tinham a menor importância para os hierarquicamente superiores, assim como os doentes mentais, que não tinham visibilidade alguma. Já na Idade Média, com o fortalecimento do cristianismo, o olhar se curvou um pouco para os deficientes mentais, visto que, começou a ter a ideia de que todos eram filhos de Deus, mas essa concepção variava conforme o grupo social a quem essas pessoas pertenciam, a questão econômica e social era um fator de peso nas relações e tratamentos.

Ainda baseado nos conhecimentos de Aranha (2001), sabe-se que a formação da sociedade na Idade Média era basicamente a mesma da idade antiga, mas pelo fato do fortalecimento do cristianismo surgiu uma nova categoria social, o clero, que foi ganhando cada vez mais destaque e poder social. Com essa nova formação, nos séculos XIV e XV, ocorreram dois episódios históricos marcantes: A inquisição católica e a reforma protestante,

o que fez nascer diversas manifestações da sociedade acerca do abuso de poder do clero, e este por sua vez, como forma de defesa começou a perseguir e até mesmo exterminar os hereges e os endemoniados, como eram considerados os doentes mentais.

Com a revolução Burguesa no início do século XVI, a visão humana concretiza-se e, pela primeira vez, a deficiência foi considerada de natureza médica e não como sendo castigo divino ou frutos demoníacos. Foi nesse período que também surgira o primeiro hospital psiquiátrico. No século XVII passou-se a defender o conceito de que os indivíduos não eram iguais e que por isso havia a necessidade de respeitar as diferenças, assim, começou a legitimação as desigualdades sociais. No século XVIII houve mais busca pelo conhecimento acerca da deficiência mental do que significativas descobertas.

Com base afirma Pessotti (1984), o médico Jean Itard iniciou no século XIX um trabalho defendendo que as pessoas com deficiência eram passíveis de educação e teve como seu primeiro desafio o caso de um menino chamado Victor de Aveyron, diagnosticado pelo psiquiatra francês Philippe Pinel como um idiota, o que levava a crer que não seria possível educá-lo. Mas para Itard, o homem não nasce como homem, mas é construído como homem e assim, se dedicou ao caso e obteve grandes avanços que contribuíram de forma significativa na área da didática da deficiência intelectual.

O autor Miranda (2003) diz que, ainda nesse século XIX, Édouard Séguin, discípulo de Itard, através de estudos com pessoas deficientes mentais, retratou as categorias idiota, imbecilidade e debilidade como situações diferentes derivados de causas também diferentes. E a partir dos estudos de Séguin, em 1837 foi criada a primeira escola para deficientes intelectuais e em 1876 foi presidente da Associação Americana de Retardo Mental.

Podemos perceber que a perspectiva da sociedade em relação ao deficiente mental foi evoluindo ao longo da história, mas continuava sendo alvo de muito preconceito e julgamentos, pois, ainda que houvesse estudos, descobertas, tratamentos e internações, os deficientes acabavam sendo afastados do convívio social.

Conforme Aranha (1995) no século XIX vigorou a prática do cuidado institucional, mas tal prática foi segregada, devido a sua caracterização pela retirada e afastamento dos deficientes nas comunidades e famílias. Já no século XX, houve maior atenção ao deficiente e a relevância de modelos explicativos, como: metafísico, educacional, médico, social e sócio histórico. Com o passar do tempo, o modelo institucional passou a ser questionado e na década de 60 iniciou-se a busca pela desinstitucionalização, tentando dessa forma, retirar os deficientes das instituições nas quais eram mantidos afastados e inseri-los em um sistema que

mais se aproximasse de uma vida normal, baseado no conceito de integração que se caracterizava por perceber as necessidades de mudanças no deficiente, e a partir daí mudar na sociedade, mas não no sentido de reorganizar, e sim de possibilitar e assegurar serviços e recursos que proporcionassem tais mudanças.

Aranha (2001) diz ainda que, a discussão acerca da pessoa com deficiência como um cidadão com iguais direitos disponíveis na sociedade foi crescendo e a ideia de normalização foi se enfraquecendo no atual século XXI, a abordagem passou a ser, além das necessidades do oferecimento dos serviços na comunidade, as outras medidas que se faziam essenciais para efetivar a garantia do deficiente mental como um cidadão.

Passou-se então, a buscar a inclusão do deficiente mental através de intervenções tanto no indivíduo como no convívio social, por meio de suportes para dar condições ao acesso comum social.

3 O PAPEL DO ESTADO EM PROPORCIONAR O DIREITO A SAÚDE MENTAL COMO SENDO UM DIREITO FUNDAMENTAL DO INDIVÍDUO.

Os direitos humanos e direitos fundamentais, com base em Sarlet (2006), sob uma ótica material, se equivalem em relação ao conteúdo, pois tratam de normas que tem por objetivo a proteção dos bens jurídicos e da dignidade da pessoa humana.

Os direitos humanos, para Sampaio (2004), tratam dos direitos básicos do indivíduo reconhecidos no âmbito do Direito Internacional, assim, os direitos humanos são aqueles que ultrapassam as barreiras e fronteiras geográficas.

Segundo Comparato (2003), nesse âmbito é importante mencionar a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, que equipararam os Direitos Sociais ao nível de Direitos Humanos, que detém vigência de caráter universal por tratarem da dignidade da pessoa humana.

O início da temática dos direitos humanos no Brasil foi com a Constituição Federal de 1988, que conforme preleciona Sarlet (1998), constituiu em um elemento básico essencial na consolidação de um Estado democrático. Os direitos sociais estão elencados no art. 6º da Constituição Federal:

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 à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988)

Ainda na Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196 diz que:

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

Com base no que está disposto na Constituição Federal de 1988, Magalhães (2008) afirma que, a garantia do direito à saúde não está envolvida apenas em possibilitar o acesso à cura das doenças. Quando se trata de direito à saúde, envolve-se a saúde física e mental, que deve iniciar pela prevenção e conseqüentemente no esclarecimento para a população, propiciando condições para que haja uma educação social.

Ainda com base no autor citado acima, para efetivar a garantia do direito a saúde é preciso que haja um planejamento por parte do Estado, que deve adotar medidas de caráter social e econômico, agindo através das políticas públicas.

Os Direitos sociais são aqueles que devem ser garantidos pelo Estado, para que, com o apoio do Direito Econômico, possam ser oferecidos a toda a população meios dos quais cada pessoa necessita para ser realmente livre, usufruindo, assim, dos seus direitos individuais. (MAGALHÃES, 2008, p.160)

Conforme diz Sarlet (2006), os direitos fundamentais fazem parte do sistema governamental, sendo a essência do Estado Constitucional e não somente parte formal dela, mas como núcleo da Constituição material.

O parágrafo 1º do Art. 5º da Constituição Federal de 1988 dispõe que, os direitos fundamentais têm aplicabilidade imediata. Desta maneira, o Estado tem o dever de aplicá-los de forma que atenda às necessidades sociais de forma eficaz e imediata, e conforme afirma Sarlet (2006), o Estado que se omitir na implementação poderá ser condenado, através da “judicialização das políticas públicas”.

Para efetivar a garantia do acesso ao direito a saúde foi criado um Sistema Único de Saúde, mais conhecido como SUS, que é responsável pela saúde pública do Brasil. Esse sistema consiste em organizar os serviços que cuidam da saúde no país, por meio de leis infraconstitucionais tais como, a Lei 8.080 de 1990 e a Lei 8.142 de 1990. Na esfera da saúde mental, foram criadas leis e uma das mais importantes é a Lei 10.216 de 2001 que assegura a cidadania plena dos deficientes mentais e dispõe direitos básicos, tais como a prioridade no tratamento comunitário.

Com a reforma psiquiátrica a questão da saúde mental avançou significativamente em relação aos direitos humanos e sociais dos doentes mentais, para Torre (2001), por meio dessa reforma buscaram-se novos métodos de cuidado e atenção à saúde mental, gerando a desinstitucionalização e estimulando tratamentos alternativos no Sistema Único de Saúde.

Com base no direito no Art. 5º da Constituição federal de 1988 que assegura que todos são iguais perante a lei, é necessário tratar com atenção as pessoas que possuem deficiência mental, como sustenta Santos (2003), que se faz necessário reconhecer as diferenças para que se possa ter igualdade. Dessa maneira, se faz essencial utilizar políticas específicas ao lado das políticas universais para proporcionar a visibilidade aos indivíduos mais vulneráveis, incluindo-os de forma plena na roda social.

4 TRATAMENTOS NOS MANICÔMIOS E A EXCLUSÃO SOCIAL

Os manicômios se configuravam como instituição total, conforme afirmava Goffman (1961, pag. 11) “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. Surgiram no século XIX, se revelavam como um espaço violento e de excessos para as pessoas que eram acolhidas. Os tratamentos desenvolvidos nesses locais eram considerados como desumanos e que não tinham uma eficiência positiva, pelo contrário, submetiam os doentes mentais a maus tratos, privação da liberdade e exclusão do convívio social.

Baseado em Goffman (1961), durante a década de 1960, grupos econômicos viam nesses estabelecimentos uma forma de comercializar a loucura, se preocupando muito mais em potencializar a loucura do que tratar definitivamente os seus pacientes. Durante o ano de 1964 surgiram as “clínicas de repouso”, hospitais psiquiátricos de internamento de pessoas. Dessa maneira, algumas pessoas inconformadas com os abusos desses locais, passaram a se manifestarem sobre a inobservância e o desrespeito aos direitos humanos das pessoas internadas.

Dentro das condições precárias existia diversos problemas, importante salientar que, segundo Arbex, grande parte dos pacientes não sofria de alguma deficiência mental, eram pessoas epiléticas, alcoólicas, homossexuais, prostitutas etc., ou seja, pessoas que se mostravam “anormais” para os padrões estabelecidos e que apresentavam perigo para a sociedade. Esses indivíduos eram internados com a finalidade de deixar a sociedade livre dos supostos problemas, era uma forma de limpeza social. Percebemos então, a fragilidade na

função dos manicômios, que era mais um mecanismo de excluir as pessoas que causassem algum transtorno na sociedade, do que a preocupação em tratar os deficientes mentais.

Durante esse período houve uma grande influência do pensamento de Descartes, que valorizava o pensamento como condição para a existência, assim, se valorizou a sociedade gerida por homens racionais e a desvalorização da desrazão, reafirmando a ideia de que o louco causava perigo para a sociedade, necessitando de proteção e assistência, o que ocasionava a propagação dos manicômios e hospitais psiquiátricos. Durante o século XIX os manicômios foram considerados a forma mais eficaz de tratamento, apesar de ter pontos negativos como isolamento, violência, exclusão, entre outros, mas que eram justificados como necessários. Michel Foucault (1978) traz em sua obra “História da Loucura” uma discussão sobre a violência nesses locais com a influência dessa visão para a sociedade.

Segundo Goffman (1990) os manicômios na condição de instituição total, o sujeito mesmo quando possuía a capacidade de realizar determinada atividade não poderia fazê-la, pois não tinha autorização, caracterizando a submissão dos corpos e mentes dos internados para com os seus superiores.

Para Basaglia (2005), o doente mental ao ser internado, se deparava com um novo mundo, sendo submetido a novas regras e padrões que geravam uma alienação ainda maior. Desta forma, ocorria a morte do subjetivo do doente mental, pois ele perdia a sua identidade, objetivos de vida, perspectiva do futuro em decorrência da coação existente nessas instituições. Já para Goffman (1990) a separação física e psíquica do internado com o exterior; o planejamento racional e consciente que atenda aos objetivos da instituição; a renúncia do internado à sua vontade em favor dos interesses da instituição; a detenção do poder pela equipe controladora eram algumas características dessas instituições totais.

Para Goffman (1990) as regras impostas visavam atender as necessidades da instituição e não aos internados. Atividades simples como ir ao banheiro, utilização de talheres, ir e vir etc. eram restritas pelo poder dos técnicos que tinham a faculdade de oferecer ou não. Além de que a intimidade do internado era a todo tempo violada pela presença dos outros doentes, tirando a privacidade necessária de cada indivíduo. A liberdade e a autonomia dos doentes mentais instituídos nesses locais eram retiradas, pois eles deveriam obedecer às normas, coações e sanções estabelecidas pelos seus superiores, à relação era de hierarquia, na qual não haviam opções para “louco”, revelando assim, uma situação de obrigação de obediência do doente mental para com os seus superiores e não de cuidado e proteção dos responsáveis para com os indivíduos internados.

No Brasil, o marco institucional da assistência psiquiátrica foi em 1852 no Rio de Janeiro com a criação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício D. Pedro II, baseado no modelo asilar francês que foi pensado por Phillippe Pinel e Esquirol. Segundo Amarante (1995), essa instituição tinha como característica principal o isolamento, a princípio eram aplicadas apenas às famílias pobres dos loucos que perambulavam pelas ruas e que não teriam como custear o tratamento. Já para as famílias ricas, o isolamento não era imposto, pois se acreditava que poderiam montar um hospício nas próprias residências. Portanto, percebemos que realmente se tratavam de uma limpeza social do que uma forma de tratar e proteger os doentes mentais.

Em 1912 foi promulgada a Lei Federal de Assistência aos Alienados, considerando a deficiência mental como uma especialização médica autônoma aos psiquiatras, ocasionando cada vez mais o surgimento das instituições que isolassem os loucos, promovendo uma limpeza social. E em 1926 foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental e em 1934 o Decreto 24.559 promulgou a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes mentais.

Com o passar do tempo foram surgindo movimentos mundiais que contestavam o saber e a prática psiquiátrica instituída e os tratamentos asilares e manicomiais foram sendo modificados em diversos países. Esses movimentos visavam reajustes na forma do tratamento psiquiátrico, tanto nas áreas científicas como administrativas. Mas no Brasil, a partir da década de 1960 ocorria uma considerável expansão das redes de hospitais psiquiátricos. Após o golpe militar em 1964, houve uma divisória entre a assistência ao doente mental indigente e aos trabalhadores e seus dependentes, dessa forma a demanda cresceu significativamente e os governantes militares articularam internação asilar e privatização da assistência, com a contratação de leitos em clínicas e hospitais psiquiátricos convencionados, as internações passaram a serem feitas não só de forma pública, devido as precárias condições para atender a crescente busca da época, e essas instituições públicas ficaram reservadas aos que não possuíam vínculo com a previdência social; como também em instituições privadas remuneradas para oferecer tal serviço.

Com base em Tenório (2002), diante do pressuposto pregado pelos especialistas, da falta de opções de tratamento e da ideia de que lugar de louco era no hospício, o sistema impulsionava a internação, ainda que nos casos de boa-fé. Esse sistema e mentalidade da época estavam organizados com base nas internações, meio pelo qual as empresas hospitalares responsáveis conseguiam lucros. Diante da total falta de fiscalização por parte do

Estado, esses hospitais viraram, como foram apelidados, verdadeiras “indústrias da loucura”, preocupando-se somente na obtenção de capital.

5 A RELAÇÃO DA SOCIEDADE COM O LOUCO E A LUTA ANTIMANICOMIAL

A sociedade tem papel fundamental para a construção de uma vida em comum, o que prevalece como necessário é fruto dos seus anseios. A vida vai sendo moldada conforme o que é estabelecido pela roda social. Os direitos do doente mental foram constantemente alterados de acordo com a visão que a sociedade tinha sobre ele, Segundo Foucault (1972), a estigmatização do louco prevaleceu durante muitos anos, o que fazia com que ele fosse excluído da sociedade por ser considerado um mal para ela.

O preconceito acerca da loucura sempre esteve presente, pois tudo o que é diferente costuma assustar, desta forma, o caminho encontrado pelas pessoas que se consideravam normais era afastar o que fugia dos parâmetros da normalidade. Com base em Bader (2002), a exclusão social se repercutia em todas as esferas da sociedade, que se sobressaía como uma necessidade individual e também destaca que há diversas dimensões da exclusão, como a objetiva da desigualdade social, a ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento.

Mas com o passar do tempo a sociedade foi mudando a forma como enxergava a loucura, conforme diz Desviat (1999), depois da Segunda Guerra Mundial, durante um processo de reconstrução social, de desenvolvimento dos movimentos civis e de maior aceitação às diferenças, a sociedade percebeu que havia a necessidade de mudar a forma como o doente mental era tratado, principalmente em relação aos hospitais psiquiátricos. Dessa maneira, nos anos 70 na Europa e nos Estados Unidos, surgiram movimentos sociais que defendiam os direitos humanos dos “loucos”, e conseqüentemente a proposta da reforma psiquiátrica.

No Brasil esse mesmo período da década de 70, durante a abertura do regime militar, junto com as lutas sindicais nasceram os movimentos sociais que lutavam pelos direitos de grupos mais vulneráveis como os negros, mulheres, loucos, entre outros. Dentre essas manifestações de insatisfações sociais, o Movimento Nacional Antimanicomial se iniciou, primeiramente pelos profissionais da área, questionando as características da assistência psiquiátrica oferecidas nas instituições responsáveis para tratar o doente mental, esses questionamentos envolveram os usuários dos hospitais psiquiátricos, familiares, e a sociedade como toda dando força a este movimento.

Ainda na década de 70, segundo Amarante (1995), os profissionais envolvidos na saúde mental organizaram o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o qual teve papel essencial nas acusações ao governo militar, principalmente em reação ao sistema que dava assistência psiquiátrica, criticando os métodos usados, tais como: tortura, eletrochoque e todos os outros que violavam a integridade física e moral do doente mental. Este movimento reivindicava por melhores condições de assistência e por um serviço mais humanizado. A partir dessa mobilização, em 1978 iniciou-se uma greve que durou oito meses e obteve grande repercussão na imprensa.

Ocorreram diversos movimentos relevantes, como o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 1978, que discutia uma política que ia além da saúde mental, debatendo sobre o regime político nacional; outro momento marcante foi o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, que contou com a presença de diversos estudiosos da psiquiatria como Erving Goffman.

No ano de 1987 ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) em Bauru/SP, que contou com a presença de associações de usuários e familiares, a partir de então o movimento tornou-se mais amplo, visto que, havia a participação não só dos trabalhadores da área da saúde mental, mas de outras pessoas que acreditavam na modificação do sistema e política da psiquiatria. Nesse Congresso, segundo Silva (2003), formou-se um documento de fundação da luta antimanicomial, que afirmou a relação entre os profissionais e com o combate da questão da loucura e seus tratamentos.

Surgiu então a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, que com base em Ana Martha Lobosque (2001), significa:

Movimento – não um partido, uma nova instituição ou entidade, mas um modo político peculiar de organização da sociedade em prol de uma causa; Nacional – não algo que ocorre isoladamente num determinado ponto do país, e sim um conjunto de práticas vigentes em pontos mais diversos do nosso território; Luta – não uma solicitação, mas um enfrentamento, não um consenso, mas algo que põe em questão poderes e privilégios; Antimanicomial – uma posição clara então escolhida, juntamente com a palavra de ordem indispensável a um combate político, e que desde então nos reúne: por uma sociedade sem manicômios. (LOBOSQUE, 2001, p.103)

Durante o passar dos anos foram acontecendo diversas articulações, um dos primeiros lemas foi “Por uma sociedade sem manicômios” e no dia 18 de maio tornou-se o Dia da Luta Antimanicomial, no ano de 1993 em Salvador/BA, foi consolidado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial com o primeiro Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, onde foi feita a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental.

Com base em Lobosque (2001), o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial era uma política inscrita num processo de mudança social, que consistia no combate as formas de exclusão que tornavam a loucura como objeto. Já para Soalheiro (2003), a luta manicomial era “um conjunto de estratégias que exigem iniciativas políticas, jurídicas, culturais que criam, possibilitam e marcam a presença da loucura na cidade”.

A luta antimanicomial estabeleceu-se como um essencial movimento para a sociedade brasileira, pois suas ações impactaram significativamente a sociedade, na medida em que buscava alcançar transformações no sistema de tratamento psiquiátrico e na relação social com o doente mental.

Segundo Lobosque (2003), os encontros se realizavam de dois em dois anos até 2001, nesse mesmo ano, no V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial que aconteceu no estado do Rio de Janeiro, surgiu a “crise do movimento”. Houve um crescimento dos participantes sem que houvesse uma preparação para dar suporte, os encontros acabaram se tornando sem reflexão, ocasionando um enfraquecimento dos debates. Ocorreu o rompimento dos movimentos e um grupo continuava com a proposta do I Encontro, que era realizado pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e surgiu a Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial.

Conforme Amarante (2008), o Movimento da Luta Antimanicomial não era o único movimento social que existia com o ideal da Reforma Psiquiátrica, mas era o mais importante e de maior abrangência social. Ao longo dos anos a luta antimanicomial foi modificando vários aspectos da área psiquiátrica e o olhar da sociedade em relação a esse tema. A partir dessa luta surgiram várias transformações e uma delas e de grande importância foi a reforma psiquiátrica.

6 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O ESPAÇO DO DOENTE MENTAL NA SOCIEDADE

Com base em Barros (1994), a Reforma Psiquiátrica surgiu na Europa objetivando a modificação no modelo de tratamento dos doentes mentais, esse movimento foi conduzido pelo psiquiatra Franco Basaglia, e teve seu início em 1961 com a mudança ocorrida do hospital psiquiátrico de Georizia em uma comunidade terapêutica, onde psiquiatras realizaram atividades de humanização; após esse fato várias transformações ocorreram.

Ainda embasado em Barros (1994), o objetivo do Movimento da Reforma Psiquiátrica era eliminar a utilização de tratamentos violentos que eram utilizados nos referidos hospitais

psiquiátricos; acabar com a exclusão do convívio social e conseqüentemente a extinção dos manicômios. E nesse contexto, em 1978 foi aprovada uma lei (Lei 180, conhecida como a Lei de Basaglia) que pôs fim aos manicômios na Itália, e segundo Basaglia (2005), esse acontecimento provocou a necessidade de uma nova estrutura que atendessem a demanda dos doentes mentais, acabando com a relação que existia entre a doença mental e o suposto perigo que ela poderia causar a sociedade.

Para Amarante (1998), no Brasil essa reforma pode ser entendida como:

Processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (Amarante, 1998, p. 87)

Amarante (2007), afirma que essa Reforma abrangia quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico-política e sociocultural. A primeira dimensão compreendia em um novo paradigma na área da ciência social, no que tangia a percepção de forma diferenciada ao doente mental, o que significava uma quebra do modelo que até então existia.

A segunda dimensão, técnico-assistencial, com base em Amarante (2007), estava ligada a novos meios de serviços que pudessem substituir os manicômios, que eram vistos como os únicos espaços que pudessem dar assistência e tratamentos aos doentes mentais. Os manicômios eram tradicionalmente os locais onde se tratavam os doentes mentais através do isolamento e afastamento da sociedade, mas no decorrer da reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil, esse modelo foi sendo modificado.

Ainda com base em Amarante (2007), a dimensão jurídico-política se situava no campo das inquietudes que foram causadas pela Reforma Psiquiátrica, e que refletiram nas relações entre o Estado e a sociedade na área da saúde mental. Essa dimensão pode ser entendida como diversas transformações na legislação sanitária, civil e penal, na medida em que se tratava os novos conceitos e ações que ligavam a loucura com a periculosidade, incapacidade e irresponsabilidade. Dessa forma, tal dimensão gerou forte impacto nas ações e estratégias da reforma psiquiátrica.

Um marco importante dessa dimensão foi em 1989, quando o deputado Paulo Delgado, propôs uma lei, pela qual os direitos dos portadores de transtornos mentais seriam regulamentados e ainda a extinção dos manicômios o Brasil.

A última dimensão, a sociocultural, com base nos estudos de Amarante (2007), trouxe a construção de um novo espaço para a doença mental e os sujeitos acometidos por ela. Essa

dimensão estava diretamente ligada às ações de caráter cultural, que objetivava desconstruir o estigma produzido durante toda história da loucura, além de fazer com que a sociedade percebesse as possibilidades de tratamento fora dos manicômios.

Com a Reforma Psiquiátrica houve a inserção de um novo modelo de assistência mental, baseada na humanização e na inclusão do doente mental na sociedade e a participação da família no tratamento.

Conforme diz Bezerra (2007), o processo da Reforma Psiquiátrica não foi apenas um processo que buscou desconstruir os manicômios e a cultura que eles envolviam, mas sim, uma nova percepção e olhar ao se relacionar com a loucura e seus sujeitos que pensam, sofrem, sonham, sentem e desejam uma vida, assim como todas as pessoas. Para ele, desconstruir os manicômios implicava necessariamente em se ter uma nova psiquiatria em suas ações e medidas, mas, sobretudo em uma nova sociedade, capaz de aceitar a loucura, ocasionando desta forma, um longo processo de transformações.

Torre (2010) afirma que a Reforma Psiquiátrica começou a se instituir nos serviços fora dos hospitais, de forma a proporcionar os manicômios e assim, os novos modelos assistenciais começaram a ser normatizados. Houve assim, a elaboração de um modelo de serviço, denominado de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial). Durante a reforma, duas leis foram de grande importância para a afirmação dos direitos humanos, a Lei Federal 10.216 de 2001 que foi baseada na chamada lei Paulo Delgado, e a Lei Federal 10.708 de 2003.

Em Brasília, no ano de 2001 houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a presença dos movimentos sociais, dos usuários e seus familiares e segundo Delgado (2007), consolidou a Reforma Psiquiátrica como uma forma de política de governo, e dava ao CAPS o meio para que a mudança no modelo de assistência ocorresse e efetivasse e controle social, dando a base política e teórica para a política de Saúde Mental no Brasil.

Depois da promulgação da Lei 10.216/2001 a reforma psiquiátrica centraliza os direitos humanos e conforme dispõe o Relatório da III Conferência Sobre Saúde Mental deve ser visto como um:

Poderoso instrumento para a conquista da cidadania dos usuários e familiares. O germe da ideia de cidadania é justamente este: compartilhar uma cidade, convivendo com outros cidadãos em busca de um bem comum, com direitos e deveres. (2001, p. 34)

Conforme Barros (2002), o processo da reforma psiquiátrica tomou com referencial a condição da exclusão, e durante essa reforma houve a discussão acerca da inclusão social do

doente mental, visto que, esses mesmos indivíduos convivem um conflito pessoal pela própria condição de saúde. Assim, a desinstitucionalização deve ser compreendida não só como a retirada dos doentes mentais dos manicômios, mas segundo o pensamento de Boarini (2000), deve ser entendida como processo que possa exercitar a cidadania plena dos deficientes mentais e que alcance o respeito aos diferentes.

7 MUDANÇA NO PLANO ASSISTENCIAL A SAÚDE MENTAL

Com a Lei 10.216 de 2001 adotou-se a denominação “pessoas portadoras de transtornos mentais” para se referir aos indivíduos que possuem alguma deficiência mental, muito embora não há uma denominação única e como afirma Lobosque (2001), mas é preciso ressaltar que essa denominação é a atualmente usada na esfera jurídica, visto que foi instituída pela referida lei.

Em relação à importância ao uso de denominações corretas, Pinheiro (2009) sustenta que:

A terminologia legal se torna questão relevante em decorrência do preconceito e do estigma que se busca afastar, sendo atualmente inaceitável o emprego de expressões pejorativas para designar aqueles que a lei da reforma psiquiátrica buscou proteger. A utilização de terminologia ultrapassada e ofensiva no trato à pessoa portadora de transtorno mental poderá acarretar dano à honra e à imagem das referidas pessoas, sendo assegurado o direito à indenização por danos materiais ou morais, nos termos do art. 5º, X da Constituição Federal. (PINHEIRO, 2009, p.18)

Pode-se afirmar com base em Delgado (2007), que significativas mudanças ocorreram na visão sobre a doença mental pela sociedade e Estado, e com a criação da Lei 10.216 de 2001 um novo paradigma legal passa a ser refletido no Brasil. E consoante dispõe Pinheiro (2009), essa lei trouxe uma nova realidade, aplicando efetivamente uma rede de assistência à saúde mental, que é composta, por exemplo, pelos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), hospital-dia, residências terapêuticas.

Diferente do que antes ocorria o Art. 1º, a Lei 10.216/2001 dispõe que os direitos dos doentes mentais serão assegurados, afastando qualquer forma de discriminação.

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, idade, família, recurso econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (BRASIL, 2001)

Com a criação dos CAPS os manicômios foram sendo extintos, ocorrendo a destitucionalização, e com conforme Amarante (2007), muitos dos indivíduos que estavam nesses manicômios haviam perdido o seu vínculo familiar e social, e a saída daquele espaço, por mais libertador que fosse, provoca certo medo para essas pessoas. Desta forma, as políticas públicas devem dar suporte efetivo para esse processo, com a elaboração de grupos de multiprofissionais capacitados.

Os CAPS e NAPS foram criados pela Portaria GM 224/92 que trouxe a regulamentação e o funcionamento dos serviços de saúde mental e conceituou o CAPS como:

unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas por equipe multiprofissional.” (PORTARIA GM 224, 1992)

Conforme a Portaria nº 52 de 20 de janeiro de 2004, os CAPS devem se estabelecer em ambientes abertos, acolhedores e que estejam inseridos na cidade. Ocorre que muitas vezes a estrutura desses locais acaba ultrapassando os locais físicos, para oferecer um suporte melhor ao doente mental, se preocupando com as necessidades singulares de cada sujeito.

Ainda com base nessa portaria, os CAPS devem utilizar-se de meios terapêuticos tanto nas sessões individuais como nas coletivas, abrangendo várias formas de tratamento. Quando se inicia um tratamento nesse local, é feito um planejamento terapêutico do paciente respeitando a singularidade de cada caso e, em regra, o profissional que elaborou o planejamento será uma referência para esse sujeito.

A Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, dispõe que o CAPS oferece tratamento terapêutico conforme o planejamento de cada usuário e que podem variar, sendo intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Com base no documento Do Ministério da Saúde apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental em 2005, os CAPS variam conforme o porte, capacidade de atendimento, perfil dos usuários atendidos, assim, existem os CAPS I, II e III, os CAPSi e CAPSad.

Ainda fundamentado no documento da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, os CAPS I são os que possuem menor porte, que atendem municípios com um índice populacional entre 20.000 e 50.000 habitantes, têm a elaboração de sua equipe com mínimo de nove profissionais e como usuários adultos com transtornos severos e transtornos decorrentes do alcoolismo e outras drogas. Já os CAPS II, possuem serviços de

médio porte e atendem aos municípios com mais de 50.000 habitantes por mês, e atendem os mesmos casos dos pacientes dos CAPS I. Os CAPS III diferenciam-se por serem de maior porte, dando suporte aos municípios com mais de 200.000 habitantes, possuem equipe mínima de 16 profissionais. Os CAPSi, são direcionados para o acompanhamento de crianças e adolescentes e os CAPSad são especializado no atendimento de pessoas viciadas em álcool e drogas.

Independente de qual seja o modelo do CAPS instituído o fator mais importante é que o tratamento do doente mental seja realizado da maneira que atenda às necessidades particulares de cada paciente e que sejam respeitados os direitos humanos e sociais que cada pessoa detém, preservando a subjetividade e proporcionando que os portadores de doença mental sejam acolhidos e inseridos na sociedade.

8 CONCLUSÃO

Ao longo deste artigo podemos perceber o avanço acerca da saúde mental, mas também o quanto ela ainda precisa avançar, visto que uma parcela significativa da população Brasileira sofre com algum transtorno mental. Vale ressaltar ainda que, a saúde mental é tão importante quanto à saúde física, e assim, deve ser um direito que alcance a todos de forma que atenda as particularidades e subjetividades de cada pessoa.

Através das mudanças que ocorreram na sociedade, a forma de enxergar a doença mental se modificou e o Estado passou a implementar uma legislação que trouxesse novas formas de assistência à saúde mental, em que os direitos humanos e sociais das pessoas portadoras de transtornos mentais fossem preservados e garantissem o convívio social desses. Assim, percebe-se que, a sociedade e o Estado possuem papel fundamental na efetivação de uma saúde mental plena.

Portanto, com o presente artigo é possível perceber que os possuidores de transtornos mentais devem ser respeitados e vistos como detentores de direitos, como todos na sociedade e serem respeitados nas suas diferenças, sendo tratados de forma igualitária, como garante a Constituição Federal de 1988.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Uma aventura no manicômio. A trajetória de Franco Basaglia.** História ciências e saúde-Manguinhos, v.1 n.1. Rio de Janeiro July/Oct. 1994.

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

BARRETO, P. F. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BARROS, Fernanda Otoni de. Um Programa de Atenção ao Louco Infrator In: **Revista do Conselho de Criminologia e Política Criminal**. Belo Horizonte. V.5. p. 1 a 162. Dez/ 2002.

BASÁGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

BRASIL, Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

_____, LEI 10.216, de 06 de abril de 2001, Brasília, DF; PORTARIA Nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, MS Brasília, DF; PORTARIA Nº 106, de 11 de fevereiro de 2002, MS, in **LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**, série “Legislação em Saúde” nº 4, Brasília, DF.

_____, PORTARIA GM 224, 1992. Disponível em:
<http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm>

Conferência Nacional de Saúde Mental (3.: 200 I Brasília). **III Conferencia Nacional de Saúde Mental**: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978. (original de 1961).

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GUGEL, Maria aparecida Gugel. **Pessoas com Deficiência e o Direito ao Trabalho**. Florianópolis: Obra Jurídica, 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, Editora da UFRJ, 1994.

Ministério da Saúde - (MS) (n.d.). Portal da Saúde - Cidadão - CAPS.

PASSOS, I. C. F. 2009a. **Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais**. Belo Horizonte, Argymentvm Editora.

_____. 2009b. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesas e italianas**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

PESSOTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo (SP): Editora 34; 1996.

PINHEIRO, Gustavo Henrique de Aguiar. **Biodireito Constitucional e Saúde Mental**
Manuscrito cedido pelo autor.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2007.

TENÓRIO, F. 2002. **A reforma psiquiátrica brasileira, na década de 1980 aos dias atuais**. História, Ciências e Saúde – Manguinhos, 9 (1): 25-59.

VASCONCELOS, Eduardo. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese (Doutorado) – ENSP, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.