UNIVERSIDADE CATÓLICA DOSALVADOR

CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA

2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA

2024.2

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.

Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.

Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.

Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. **A nova Psiquiatria brasileira:** a adequação aos direitos e às garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. **The new Brazilian Psychiatry:** the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) – Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 08

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA 12

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira 12

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento 13

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria 14

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o "tratamento" médico psiquiátrico e a convivência hospitalar 15

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica 15

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria 17

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria 18

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões 20

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL 22

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional 22

3.2 A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira 27

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais 28

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário 36

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA 39

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução 39

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses 42

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses 43

4.3 Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal 44

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria 45

4.4 A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira 47

4.4.1 A população e a administração municipal 48

4.4.2 Recuos financeiros 49

4.4.3 Avanços extra hospitalares 49

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa 50

4.4.5 Descaminhos: desinformação 50
5 CONCLUSÃO.....52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.

A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.

Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.

A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.

Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam, a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.

Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.

A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.

As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.

Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.

A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.

Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços, os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.

São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.

O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.

O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o “tratamento” médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.

O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional; a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o tratamento psiquiátrico comunitário.

O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.

A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica.

A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.

O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.

A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria, os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito.

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.

As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o “tratamento” na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de “tratamento” tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.

Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os “doentes” eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura.

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

> Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 14).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.

Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. “A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ‘casinha de doudos’” (Zizler, 2019, p. 01).

Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.

Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

> O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro “depósito de gente”, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, “desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos” (Arbex, 2016, p. 25)

Dos pretextos para as internações, o “tratamento” médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, “era tudo desumano e ineficaz”. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

> Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p. 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.

A existência dos “hospitais” psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes.

Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.

O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

> 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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.

No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um “cabide de emprego”. No hospital Colônia, “mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ‘nasceram’ junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral” (Arbex, 2016, p. 31).

Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o “tratamento” médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de “tratamento” médico da maneira não convencional, nem confessável.

A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando “a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841” (Arbex, 2016, p. 30).

Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, “a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893” (Zizler, 2019, p. 03).

Já no século XX, quando os manicômios foram criados, “os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).

Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos “tratamentos” psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, “não tinha formação adequada” para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha “dos funcionários mais antigos do que ele”; “admite que o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações” (Arbex, 2016, p. 35).

A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. “Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste” (Arbex, 2016, p. 37).

Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os primeiros tempos. “Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento, apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa” (Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do “tratamento” hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.

Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram “tratados”. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

O “tratamento” médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que “a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município”. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, “recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas” (Arbex, 2016, p. 35).

Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. “A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso” (Arbex, 2016, p. 36).

Ainda mais particularmente, “além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura” (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.

As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

> Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
> 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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

> Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que “desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas, mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil” (Arbex, 2016, p. 25).

A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.

A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.

No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que “adota o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’” (Brasil, 2005, p. 07).

Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.

Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

> Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

> O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).
>
> No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. “Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças — ‘contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática’, dizia ele” (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido “um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos” (Arbex, 2016, p. 104).

Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em “cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental” (Arbex, 2016, p. 106).

De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano.

Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

> A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para passarem algumas horas. – vocês vão morar aqui – dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, “- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário” (Arbex, 2016, p. 107).

Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira

a lhe chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.

Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.

Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes, humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A “motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio” (Arbex, 2016, p. 109).

É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.

A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.

As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

> Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (ONU, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de “discriminação”, em suas diversas formas, pretextos, de marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

> Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (MAGNO, 1991, p. 01).

Prossegue:

> Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (MAGNO, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

> Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. “A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.” (OMS, 2022a, p. 02)

Para o secretário-geral da ONU, “é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.” (ONU, 2023, p. 01) Também devem ser combatidos “o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,” (OMS, 2022a, p. 01) a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.

O especialista da OMS também observou que “a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ‘como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração” (ONU, 2023, p. 02).

O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, “apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental” (OMS, 2022a, p. 02)

Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: “mesmo em países de alta renda, apenas um

terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental" (OMS, 2022a, p. 02).

Os dados de escassez aumentam com a pobreza: "o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda." (OMS, 2022a, p. 02) Da mesma forma, "enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda" (OMS, 2022a, p. 02).

A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento na Resolução da ONU de 1991, o texto sobre os "Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental" e em outros textos, que foram criados para afirmarem a saúde mental.

Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.

No princípio número 1, pag.2, sobre "LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS", contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

> 1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre "VIDA NA COMUNIDADE", diz que "toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade."

O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que “todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.”

Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.

No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: “o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente” (ONU, 2006).

Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

> Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, “os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência” (ONU, 2006).

Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030. Neste Plano, a OMS “faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ‘caminhos para a transformação’, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção” (OMS, 2022a, p. 02).

Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:

> 1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso" (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de "novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades" que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. "O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental" (OMS, 2022a, p. 01).

As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, "quase um bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade" (OMS, 2022a, p. 01).

A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.

Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. "Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada" (OMS, 2022a, p. 01).

Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há:

> Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias, programas e outras iniciativas nacionais (MADE IN BRASIL, 2017, p. 3).

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a “Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.” E assim surgiu “o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão” (ONU, 2023, p. 01).

Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.

No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.

A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.

No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: “a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar *os direitos relativos à saúde*, à previdência e à assistência social” (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

> A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que “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).

São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, “cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (Brasil, 1988).

As ações e serviços públicos de saúde integram:

> Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!

O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.

No texto sobre “a construção do SUS”, está escrito que o “Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social” (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

> O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o

> surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório, dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a “Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor” (Fortes, 1978, p. 02).

Nos avanços da proposta, surgiram diversas “organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.” Todas essas organizações “lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais” (Fortes, 1978, p. 03).

Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.

No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

> Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).

Os manifestantes recusaram “o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso” (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).

Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar a política do estado, vez que “o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência” (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)

O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. “O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade” (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os mecanismos de opressão social. “A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a

discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres” (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).

Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, “contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular” (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)

Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre “Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental” falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

> O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (Brasil, 1987, p. 11)

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui. Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.

No tema sobre “Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental” seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram “princípios gerais”. No princípio geral número 1 se disse:

> [à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (Brasil, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava, diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária. Nada se disse sobre os orçamentos

públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.

Para a Conferência não ser dada por perdida, os “princípios básicos” foram mais específicos. O princípio básico número 1 disse:

> As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.

Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que a “atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental” (Brasil, 1992, p. 06).

O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.

O momento político havia mudado e se falou na “democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental” (Brasil, 1992, p. 06).

A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

> O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. “Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde” (OMS, 1992, p. 01).

O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

> As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs “a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

A Lei Federal 10.216/2001 “redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais” (Brasil, 2005, p. 08).

Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

> 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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são

responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.

Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento.

A internação compulsória é “determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (Brasil, 2001).

A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

> Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios), desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preceitua: “ Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores

> de transtornos mentais.” c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, “ a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” . d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de “ Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave” . e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só, não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, “a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992” (Brasil, 2005, p. 17).

Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.

O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago ao representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

> São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja *expresso consentimento do paciente*, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.

A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:

> DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA. INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.
> 1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do programa.
> 2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
> 3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão proferida.
> 4. Apelação desprovida.
> Acórdão
> A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

> O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e “deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar” (Brasil, 2004, p. 01):

> A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, “é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social” (Brasil, 2004, p. 01).

A jurisprudência não interferiu na Administração pública, na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:

> Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria, universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.

Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: “reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, *comunidades*, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.” (OMS, 2022b, p. 01).

No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em “novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e *comunidades.*” (ONU, 2021, p. 01).

A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

> Deve se passar de “serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte” (ONU, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.

O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.

Verificou que “a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento *comunitário*, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo” (OMS, 1992, p. 01); afirmou que “o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo” (OMS, 1992, p. 01).

Considerou que “*o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada* pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000” (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que “os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver *programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva*” (OMS, 1992, p. 01).

Declarou que “a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais” (OMS, 1992, p. 01); que “a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços” (OMS, 1992, p. 01).

No Brasil, a idealização do “Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública” (Morais, 2021, p. 01).

A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.

A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-hospitalar, o tratamento comunitário; “orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência – grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade” (Pereira, 2021, p. 02).

Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão “admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação” (Brasil, 1988).

Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios “para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias NÃO serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal” (Brasil, 1988).

O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a “substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários” (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.

A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional.

Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente legalizadas por vários países membros da ONU: “os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique, a Província do Quebec, no Canadá” (Bertolote, 1994, p. 04).

Segundo o artigo a “Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais”, uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

> Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, “os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais” (ONU, 2023, p. 01).

A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.

O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia, como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).

A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.

Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. “O guia ‘Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática’ busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade” (ONU, 2023, p. 01).

Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, “um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área” (ONU, 2021, p. 01).

A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

> Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (ONU, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-membros da OMS e faz várias recomendações de ação.

A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.

A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.

O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

> Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda “cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego” (ONU, 2021, p. 01).

A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e

garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.

Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, “direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares” (OMS, 2022a, p. 01).

Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.

As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, “a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência” (Bertolote, 1994, p. 05).

Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração dos serviços de saúde mental:

a) O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.

b) A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde “considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências” (MADE IN BRASIL, 2017, p. 01).

> O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, “através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ‘intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes’”. Com esse domínio, o tratamento focaliza “condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.”; prepara o caminho para “uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (MADE IN BRASIL, 2017, p. 01).

Tudo é possível devido ao “mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas” (MADE IN BRASIL, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, “apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos” (MADE IN BRASIL, 2017, p. 02):

> As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.
> Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas. Diante das precondições, as “estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (MADE IN BRASIL, 2017, p. 02).

As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas, totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

> O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas “para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência”. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, “existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (MADE IN BRASIL, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com “o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais” (MADE IN BRASIL, 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.

Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que “a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns” (ONU, 2021, p. 01).

Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, “os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos” (ONU, 2021, p. 01). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas.

Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

> A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (ONU, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: “cuidados de saúde mental com base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos” (ONU, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, “análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes” (ONU, 2021, p. 01).

Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda “rápido o suficiente [a ponto de] a história da saúde mental continuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.” (OMS, 2022b, p. 01). Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.

A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as “mudanças [como] estratégicas”:

> Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.

O primeiro caminho:

> O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental". Além disso, "a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

> O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer "redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos" (OMS, 2022a, p. 03).

Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que "expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto" (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

> instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos,

preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela “encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás” (ONU, 2023, p. 01).

À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

> Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário, desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.

No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.

Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e “a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

> Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em

> saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

> É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.

Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs “vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território” (Brasil, 2005, p. 16); “surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico” (Brasil, 2005, p. 15).

Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

> EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
> Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

> As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: “no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%” (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.

Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, “todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano” (Brasil, 2005, p. 19).

Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. “Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014” (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada “deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social” (Brasil, 2005, p. 17).

O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial, é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, “em 2003, 206 pacientes haviam sido incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes” (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

> Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

> Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, “o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020” (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.

Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um “crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura” (Pereira, 2021, p. 05).

Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao

financiamento das entidades de interação territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do século XX e foram sinônimas de seus antigos “tratamentos”.

Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções sociais, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.

Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!

No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.

Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. **Guia de formatação de trabalho acadêmico.** Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública,** [*s.l.*], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas_mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. **Revista de Saúde Pública,** [*s.l.*], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

BOSCHETTI, Ivanete. **Avaliação de políticas, programas e projetos sociais.** Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil –** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **2º Conferência Nacional de Saúde Mental:** a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil – relatório final. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental:** relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. **Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809.** Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal – CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento: 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. **Hospitais psiquiátricos no Brasil:** relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva,** [*s.l.*], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. **Manifesto de Bauru.** 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14. Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. **A construção do SUS.** 1978. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

MAD IN BRASIL. **O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria.** 18 jun. 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. **Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental.** 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-

ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. **Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123.** Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. **Politize,** 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** 2006. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental.** 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.** 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Caracas.** 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. **OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental.** 21 jun. 2022a. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção.** 2022b. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao. Acesso em: 22 nov 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. **Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000.** Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8 nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Desinstitute,** 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-

hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. **Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002.** Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. **Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU.** 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org.br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. **Revista Jus Navigandi,** Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/67093. Acesso em: 8 nov. 2021.

Relatório do Software Anti-plágio CopySpider
Para mais detalhes sobre o CopySpider, acesse: https://copyspider.com.br

Instruções
Este relatório apresenta na próxima página uma tabela na qual cada linha associa o conteúdo do arquivo de entrada com um documento encontrado na internet (para "Busca em arquivos da internet") ou do arquivo de entrada com outro arquivo em seu computador (para "Pesquisa em arquivos locais"). A quantidade de termos comuns representa um fator utilizado no cálculo de Similaridade dos arquivos sendo comparados. Quanto maior a quantidade de termos comuns, maior a similaridade entre os arquivos. É importante destacar que o limite de 3% representa uma estatística de semelhança e não um "índice de plágio". Por exemplo, documentos que citam de forma direta (transcrição) outros documentos, podem ter uma similaridade maior do que 3% e ainda assim não podem ser caracterizados como plágio. Há sempre a necessidade do avaliador fazer uma análise para decidir se as semelhanças encontradas caracterizam ou não o problema de plágio ou mesmo de erro de formatação ou adequação às normas de referências bibliográficas. Para cada par de arquivos, apresenta-se uma comparação dos termos semelhantes, os quais aparecem em vermelho.
Veja também:
Analisando o resultado do CopySpider
Qual o percentual aceitável para ser considerado plágio?

Versão do CopySpider: 2.3.1
Relatório gerado por: migueldeandradeadv@gmail.com
Modo: web / normal

Arquivos	Termos comuns	Similaridade
AMonografia.docx X https://www.passeidireto.com/arquivo/113476671/medicina-bahiana-prova-2021-1	91	0,36
AMonografia.docx X https://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-OP.doc	24	0,14
AMonografia.docx X https://www.pensador.com/frases_de_motivacao_concretizar_objetivos	24	0,13
AMonografia.docx X https://bvsms.saude.gov.br	12	0,07
AMonografia.docx X https://www.bing.com/ck/a?!&&p=cb1a920a114d61458ab329f424258cb9f710dae9cd7921bd6baab9f5d11c35e0JmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly9lZ2VzdG9yYWIuc2F1ZGUuZ292LmJyL2ltYWdlLz9maWxlPTIwMjExMjE2X05fSW5zdHJ1bWVudG9wYXJhQXZhbGlhY2FvZG9SaXNjb3NQc2ljb3Nzb2NpYWlzZWRlVmlvbGVuY2lhLXBhY2llbnRlc2ZvcmVuc2VzLWluY2x1c2FvZW1TUlRfNzEwNzE4NjMwNjkyMjYxMjc4Mi5wZGY&ntb=1	0	0,00
AMonografia.docx X https://www.bing.com/ck/a?!&&p=9e89573a2e69a99e603d9b5aee75d9bce37de2c3e29c5096d1e8585e62139618JmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cucGxhbmFsdG8uZ292LmJyL2NjaXZpbF8wMy9sZWlzL2xlaXNfMjAwMS9sMTAyMTYuaHRt&ntb=1	0	0,00
AMonografia.docx X https://www.bing.com/ck/a?!&&p=7e2b5a6c84141ec9fc10f3cb8a801e1221593e7d838c79a5036f7234acbd875cJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuY2FtYXJhLmxlZy5ici9wcm9wb3NpY29lc1dlYi9wcm9wX21vc3RyYXJpbnRlZ3JhP2NvZHRlb3I9NzI3MzU2JmZpbGVuYW1lPUxlZ2lzbGFjYW9DaXRhZGElMjBQTCUyMDY2NTkvMjAwOQ&ntb=1	0	0,00
AMonografia.docx X https://www.bing.com/ck/a?!&&p=403fc154adad0c3ee2a47e37f363a7fbbfc267d6a89d4081961fcd446ac7d55fJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuanVzYnJhc2lsLmNvbS5ici9sZWdpc2xhY2FvLzEwMDgxMC9sZWktMTAyMTYtMDE_bXNvY2tpZD0yOGQwNjhmNTY5MmE2YzBlMjcwZjdkYjE2OGU4NmQ2Mw&ntb=1	0	0,00

AMonografia.docx X https://www.bing.com/ck/a?!&&p=341d27e22a4afabe5e77756226e9217bc1e4228fad345f13e80c73eedc9e22cfJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cyLmNhbWFyYS5sZWcuYnIvbGVnaW4vZmVkL2xlaS8yMDAxL2xlaS0xMDIxNi02LWFicmlsLTIwMDEtMzY0NDU4LXB1YmxpY2FjYW9vcmlnaW5hbC0xLXBsLmh0bWw&ntb=1	0	0,00
AMonografia.docx X https://www.bing.com/ck/a?!&&p=197dd8b98b038dcea6eeaebaca831283722ead0bcff21049fceccae368b2eedeJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuZ292LmJyL3BsYW5hbHRvL3B0LWJyL2NvbmhlY2EtYS1wcmVzaWRlbmNpYS9hY2Vydm8vbGVnaXNsYWNhbw&ntb=1	0	0,00

==========
Arquivo 1: AMonografia.docx (14859 termos)
Arquivo 2: https://www.passeidireto.com/arquivo/113476671/medicina-bahiana-prova-2021-1 (10138 termos)
Termos comuns: 91
Similaridade: 0,36%
O texto abaixo é o conteúdo do documento AMonografia.docx (14859 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.passeidireto.com/arquivo/113476671/medicina-bahiana-prova-2021-1 (10138 termos)
==========

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA
2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA
2024.2
AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.
Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.
Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. A nova Psiquiatria brasileira: a adequação aos direitos e às garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) ? Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos

pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. The new Brazilian Psychiatry: the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) ? Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO08
2ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA12
2.1Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira12
2.1.1Pretextos para o enclausuramento13
2.1.2Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria14
2.2Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar15
2.2.1Hospitalização psiquiátrica15
2.2.2A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria17
2.3A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria18

2.4Mudanças decorrentes da expressão das opiniões20
3ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL22
3.1Princípios para a Psiquiatria internacional22
3.2A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira27
3.2.1Congressos, conferências e leis infraconstitucionais28
3.3O tratamento psiquiátrico comunitário36
4APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA39
4.1Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução39
4.2Avanços e recuos: direitos e interesses42
4.2.1Recuos, conveniências e interesses43
4.3Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal44
4.3.1Os caminhos da Nova Psiquiatria45
4.4A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira47
4.4.1A população e a administração municipal48
4.4.2Recuos financeiros49
4.4.3Avanços extra hospitalares49
4.4.4Caminhos: de volta pra casa50
4.4.5Descaminhos: desinformação50
5CONSIDERAÇÕES FINAIS52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.
A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.
Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.
A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.

Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam , a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.
Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.
A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.
As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.
Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.
A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.
Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços , os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.
São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.
O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.
O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.
O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos

princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional; a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o tratamento psiquiátrico comunitário.
O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.
A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica. A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.
O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.
A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria , os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito .

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.
As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o ? tratamento? na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de ?tratamento? tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era

muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.
Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os ?doentes? eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura .

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 03).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.
Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. ?A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ?casinha de doudos?? (Zizler, 2019, p. 01).
Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.
Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro ?depósito de gente?, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, ?desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos? (Arbex, 2016, p. 04)
Dos pretextos para as internações, o ?tratamento? médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, ?era tudo desumano e ineficaz?. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo ? e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p . 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.
A existência dos ?hospitais? psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes. Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.
O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No

período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.
No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um ?cabide de emprego?. No hospital Colônia, ?mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ?nasceram? junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral? (Arbex, 2016, p. 31).
Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de ?tratamento? médico da maneira não convencional, nem confessável.
A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando ?a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841? (Arbex, 2016, p. 30).
Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, ?a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893? (Zizler, 2019, p. 03).
Já no século XX, quando os manicômios foram criados, ?os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).
Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos ?tratamentos? psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, ?não tinha formação adequada? para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha ?dos funcionários mais antigos do que ele?; ?admite que o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações? (Zizler , 2019, p. 04).
A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. ?Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste? (Arbex, 2016, p. 37).
Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os

primeiros tempos. ?Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento, apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa? (Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do ?tratamento? hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.
Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram ?tratados?. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.
O ?tratamento? médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que ?a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município?. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, ?recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas? (Arbex, 2016, p. 35).
Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. ?A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso? (Arbex, 2016, p. 36).
Ainda mais particularmente, ?além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura? (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.
As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos.

Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que ?desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas , mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil? (Arbex, 2016, p. 25).
A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.
A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.
No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que ?adota o lema ?Por uma sociedade sem manicômios?? (Brasil, 2005, p. 07).
Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III

Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).

No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. ?Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças ? ?contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática?, dizia ele? (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido ?um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos ? (Arbex, 2016, p. 104).
Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em ?cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental? (Arbex, 2016, p. 106).
De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano.
Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para passarem algumas horas. ? vocês vão morar aqui ? dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, ?- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário? (Arbex, 2016, p. 107).
Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da

Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira a lhe chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.
Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.
Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes , humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A ?motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio? (Arbex, 2016, p. 109).
É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.
A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.
As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (OMS, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de ?discriminação?, em suas diversas formas, pretextos, de

marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (OMS, 1991, p. 01).
Prossegue:

Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (OMS, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. ?A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.?
Para o secretário-geral da ONU, ?é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.? Também devem ser combatidos ?o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,? a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.
O especialista da OMS também observou que ?a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ?como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração? (ONU, 2023, p. 02).
O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ?apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02)
Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: ?mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02).
Os dados de escassez aumentam com a pobreza: ?o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda.? Da mesma forma, ?enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das

pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda? (OMS, 2022a, p. 02).
A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento no texto sobre os ?Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental?, a Resolução da ONU de 1991, e em outros textos, que foram criados para fazerem a afirmação da saúde mental.
Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.
No princípio número 1, pag.2, sobre ?LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS?, contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre ?VIDA NA COMUNIDADE?, diz que ?toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade.?
O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que ?todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.?
Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.
No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: ?o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente? (ONU, 2006).
Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com

deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, ?os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência? (ONU, 2006).
Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Neste Plano, a OMS ?faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:
1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental ... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades? que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. ?O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental? (OMS, 2022a, p. 01).
As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, ?quase um bilhão de pessoas ? incluindo 14% dos adolescentes do mundo ? viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade? (OMS, 2022a, p. 01).
A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.
Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. ?Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada? (OMS, 2022a, p. 01).
Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há:
Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar,

proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias, programas e outras iniciativas nacionais

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a ?Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.? E assim surgiu ?o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão? (ONU, 2023, p. 01).
Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.
No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.
A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.
No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: ?a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social? (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que ?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).
São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, ?cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado? (Brasil, 1988).
As ações e serviços públicos de saúde integram:

Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!
O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.
No texto sobre ?a construção do SUS?, está escrito que o ?Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social? (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório , dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a ?Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor? (Fortes, 1978, p. 01).
Nos avanços da proposta, surgiram diversas ?organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.? Todas essas organizações ?lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais? (Fortes, 1978, p. 01).
Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.
No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Fortes, 1978, p. 01).

Os manifestantes recusaram ?o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar a política do estado, vez que ?o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. ?O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os

mecanismos de opressão social. ?A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres , a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.
A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, ?contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre ?Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental? falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (OMS, 1987, p. 11).

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui . Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.
No tema sobre ?Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental? seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram ?princípios gerais?. No princípio geral número 1 se disse:

[à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (OMS, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava , diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária.
Nada se disse sobre os orçamentos públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.
Para a Conferência não ser dada por perdida, os ?princípios básicos? foram mais específicos. O princípio básico número 1 disse:

As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.
Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que

a ?atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental? (Brasil, 1992, p. 06).
O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.
O momento político havia mudado e se falou na ?democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental? (Brasil, 1992, p. 06).
A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. ?Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde? (OMS, 1992, p. 01).
O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e do II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs ?a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país? (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.
A Lei Federal 10.216/2001 ?redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais? (Brasil, 2005, p. 07).
Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.
Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
A internação compulsória é ?determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários? (Brasil, 2001).
A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios), desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preceitua: Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente,

que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave. e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só , não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, ?a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992? (Brasil, 2005, p. 17).
Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.
O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago a seu representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.
A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:
DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA
. INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.
1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do programa.
2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é

correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão proferida.
4. Apelação desprovida.
Acórdão
A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e ?deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar? (Brasil, 2004, p. 01):

A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, ?é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social? (Brasil, 2004, p. 01).
A jurisprudência não interferiu na Administração pública na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:
Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria , universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.
Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: ?reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.? (OMS, 2022b, p. 01).
No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.? (OMS, 2021, p. 01).
A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

Deve se passar de ?serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte? (OMS, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.
O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.
Verificou que ?a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo? (OMS, 1992, p. 01); afirmou que ?o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo? (OMS, 1992, p. 01).
Considerou que ?o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000? (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que ?os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva? (OMS, 1992, p. 01)..
Declarou que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais? (OMS, 1992, p. 01); que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços? (OMS, 1992, p. 01).
No Brasil, a idealização do ?Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública (Morais, 2021, p. 01).
A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas

hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.
A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-hospitalar, o tratamento comunitário; ?orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência ? grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade? (Pereira, 2021, p. 02).
Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão ?admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação? (Brasil, 1988).
Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios ?para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal? (Brasil, 1988).
O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a ?substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários? (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.
A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional. Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente legalizadas por vários países membros da ONU: ?os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique, a Província do Quebec, no Canadá? (Bertolote, 1994, p. 04).
Segundo o artigo a ?Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais?, uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, ?os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais? (ONU, 2023, p. 01).
A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.
O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia , como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).
A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.
Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. ?O guia ?Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática? busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade? (ONU, 2023, p. 01).
Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, ?um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área? (OMS, 2021, p. 01).
A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (OMS, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-membros da OMS e faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?. ?Os três caminhos se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.

A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.
O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda ?cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego? (OMS , 2021, p. 01).
A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.
Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, ?direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares? (OMS, 2022a, p. 01).
Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.
As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, ?a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência? (Bertolote, 1994, p. 05).
Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração

dos serviços de saúde mental:
O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.
A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde ?considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências? (ONU, 2017, p. 01).

O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, ?através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ?intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes??. Com esse domínio, o tratamento focaliza ?condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.?; prepara o caminho para ?uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (ONU, 2017, p. 1).

Tudo é possível devido ao ?mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas? (ONU, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, ?apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos? (ONU, 2017, p. 02):

As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.
Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas. Diante das precondições, as ?estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (ONU, 2017, p. 02).

As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas, totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas ?para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência?. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, ?existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (ONU, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com ?o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais? (ONU , 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.
Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que ?a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns? (OMS, 2021, p. 01).
Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, ?os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos? (OMS, 2021, p. 02). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas.
Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (OMS, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao

tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: ?cuidados de saúde mental com base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos? (OMS, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, ?análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes? (OMS, 2021, p. 01).
Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda ?rápido o suficiente [a ponto de] a história da Dévora Kestelcontinuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.? Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.
A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as ?mudanças [como] estratégicas?:

Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.
O primeiro caminho:

O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental?. Além disso, ?a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer ?redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos? (OMS, 2022a, p. 03).
Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que ?expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos, preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela ?encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás? (ONU, 2023, p. 01).
À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário , desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.
No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.
Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e ?a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.
Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs ?vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território? (Brasil, 2005, p. 16); ?surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico? (Brasil, 2005, p. 15).
Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: ?no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%? (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.
Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, ?todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano? (Brasil, 2005, p. 19).
Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. ?Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada ?deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social? (Brasil, 2005, p. 17).
O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial , é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua

institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, ?em 2003, 206 pacientes haviam sido incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, ?o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020? (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.
Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um ?crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura? (Pereira, 2021, p. 05).
Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao financiamento das entidades de interação territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do

século XX e foram sinônimas de seus antigos ?tratamentos?.
Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.
Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!
No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.
Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. Guia de formatação de trabalho acadêmico. Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas_mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em:

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em:

30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS ? 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF , 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm /2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil ? Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil ? relatório final. 1992. Disponível em: https ://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs /publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809. Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal ? CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento : 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia /trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO . Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https ://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. Manifesto de Bauru. 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14.

Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. A construção do SUS. 1978. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

MAD IN BRASIL. O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria. 18 jun. 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123. Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. Politize, 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental. 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades. 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental. 21 jun. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000.

Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8 nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitute, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002. Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU. 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org.br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/67093. Acesso em: 8 nov. 2021.

==========

Arquivo 1: AMonografia.docx (14859 termos)
Arquivo 2: https://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-OP.doc (1203 termos)
Termos comuns: 24
Similaridade: 0,14%
O texto abaixo é o conteúdo do documento AMonografia.docx (14859 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-OP.doc (1203 termos)

==========

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA
2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA
2024.2
AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.
Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.
Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. A nova Psiquiatria brasileira: a adequação aos direitos e às garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) ? Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na

ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. The new Brazilian Psychiatry: the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) ? Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO08
2ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA12
2.1Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira12
2.1.1Pretextos para o enclausuramento13
2.1.2Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria14
2.2Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar15
2.2.1Hospitalização psiquiátrica15
2.2.2A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria17
2.3A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria18
2.4Mudanças decorrentes da expressão das opiniões20

3ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL22
3.1Princípios para a Psiquiatria internacional22
3.2A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira27
3.2.1Congressos, conferências e leis infraconstitucionais28
3.3O tratamento psiquiátrico comunitário36
4APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA39
4.1Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução39
4.2Avanços e recuos: direitos e interesses42
4.2.1Recuos, conveniências e interesses43
4.3Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal44
4.3.1Os caminhos da Nova Psiquiatria45
4.4A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira47
4.4.1A população e a administração municipal48
4.4.2Recuos financeiros49
4.4.3Avanços extra hospitalares49
4.4.4Caminhos: de volta pra casa50
4.4.5Descaminhos: desinformação50
5CONSIDERAÇÕES FINAIS52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.
A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.
Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.
A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.
Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam

, a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.
Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.
A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.
As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.
Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.
A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.
Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços , os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.
São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.
O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.
O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.
O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional;

a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o tratamento psiquiátrico comunitário.
O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.
A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica. A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.
O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.
A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria , os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito .

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.
As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o ?tratamento? na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de ?tratamento? tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.

Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os ?doentes? eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura .

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 03).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.
Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. ?A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ?casinha de doudos?? (Zizler, 2019, p. 01).
Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.
Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a

família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro ?depósito de gente?, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, ?desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos? (Arbex, 2016, p. 04)
Dos pretextos para as internações, o ?tratamento? médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, ?era tudo desumano e ineficaz?. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo ? e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p . 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.
A existência dos ?hospitais? psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes. Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.
O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma

ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.
No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um ?cabide de emprego?. No hospital Colônia, ?mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ?nasceram? junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral? (Arbex, 2016, p. 31).
Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de ?tratamento? médico da maneira não convencional, nem confessável.
A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando ?a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841? (Arbex, 2016, p. 30).
Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, ?a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893? (Zizler, 2019, p. 03).
Já no século XX, quando os manicômios foram criados, ?os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).
Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos ?tratamentos? psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, ?não tinha formação adequada? para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha ?dos funcionários mais antigos do que ele?; ?admite que o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações? (Zizler , 2019, p. 04).
A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. ?Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste? (Arbex, 2016, p. 37).
Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os primeiros tempos. ?Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento,

apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa? (Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do ?tratamento? hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.
Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram ?tratados?. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.
O ?tratamento? médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que ?a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município?. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, ?recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas? (Arbex, 2016, p. 35).
Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. ?A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso? (Arbex, 2016, p. 36).
Ainda mais particularmente, ?além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura? (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.
As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à

imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que ?desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas , mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil? (Arbex, 2016, p. 25).
A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.
A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.
No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que ?adota o lema ?Por uma sociedade sem manicômios?? (Brasil, 2005, p. 07).
Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).

No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. ?Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças ? ?contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática?, dizia ele? (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido ?um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos ? (Arbex, 2016, p. 104).
Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em ?cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental? (Arbex, 2016, p. 106).
De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano. Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para passarem algumas horas. ? vocês vão morar aqui ? dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, ?- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário? (Arbex, 2016, p. 107).
Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira a lhe

chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.
Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.
Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes , humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A ?motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio? (Arbex, 2016, p. 109).
É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.
A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.
As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (OMS, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de ?discriminação?, em suas diversas formas, pretextos, de marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (OMS, 1991, p. 01).
Prossegue:

Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (OMS, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. ?A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.?
Para o secretário-geral da ONU, ?é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.? Também devem ser combatidos ?o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,? a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.
O especialista da OMS também observou que ?a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ?como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração? (ONU, 2023, p. 02).
O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ?apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02)
Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: ?mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02).
Os dados de escassez aumentam com a pobreza: ?o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda.? Da mesma forma, ?enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda? (OMS, 2022a,

p. 02).
A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento no texto sobre os ?Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental?, a Resolução da ONU de 1991, e em outros textos, que foram criados para fazerem a afirmação da saúde mental.
Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.
No princípio número 1, pag.2, sobre ?LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS?, contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre ?VIDA NA COMUNIDADE?, diz que ?toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade.?
O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que ?todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.?
Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.
No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: ?o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente? (ONU, 2006).
Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, ?os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência? (ONU, 2006).
Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Neste Plano, a OMS ?faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:
1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental ... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades? que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. ?O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental? (OMS, 2022a, p. 01).
As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, ?quase um bilhão de pessoas ? incluindo 14% dos adolescentes do mundo ? viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade? (OMS, 2022a, p. 01).
A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.
Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. ?Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada? (OMS, 2022a, p. 01).
Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há:
Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias,

programas e outras iniciativas nacionais

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a ?Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.? E assim surgiu ?o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão? (ONU, 2023, p. 01).
Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.
No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.
A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.
No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: ?a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social? (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que ?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).
São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, ?cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado? (Brasil, 1988).
As ações e serviços públicos de saúde integram:

Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as

seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!
O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.
No texto sobre ?a construção do SUS?, está escrito que o ?Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social? (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório , dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a ?Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor? (Fortes, 1978, p. 01).
Nos avanços da proposta, surgiram diversas ?organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.? Todas essas organizações ?lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais? (Fortes, 1978, p. 01).
Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.
No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Fortes, 1978, p. 01).

Os manifestantes recusaram ?o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar a política do estado, vez que ?o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. ?O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os mecanismos de opressão social. ?A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres

, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.
A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, ?contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre ?Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental? falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (OMS, 1987, p. 11).

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui . Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.
No tema sobre ?Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental? seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram ?princípios gerais?. No princípio geral número 1 se disse:

[à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (OMS, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava , diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária. Nada se disse sobre os orçamentos públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.
Para a Conferência não ser dada por perdida, os ?princípios básicos? foram mais específicos. O princípio básico número 1 disse:

As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.
Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que a ?atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional

de Saúde Mental? (Brasil, 1992, p. 06).
O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.
O momento político havia mudado e se falou na ?democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental? (Brasil, 1992, p. 06).
A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. ?Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde? (OMS, 1992, p. 01).
O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e do II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs ?a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país? (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.
A Lei Federal 10.216/2001 ?redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais? (Brasil, 2005, p. 07).
Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.
Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
A internação compulsória é ?determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários? (Brasil, 2001).
A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios), desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preceitua: Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente,

dos demais internados e funcionários. d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave. e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só , não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, ?a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992? (Brasil, 2005, p. 17).
Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.
O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago a seu representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.
A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:
DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA . INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.
1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do programa.
2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão

proferida.
4. Apelação desprovida.
Acórdão
A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e ?deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar? (Brasil, 2004, p. 01):

A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, ?é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social? (Brasil, 2004, p. 01).
A jurisprudência não interferiu na Administração pública na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:
Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria , universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.
Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: ?reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.? (OMS, 2022b, p. 01).
No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.? (OMS, 2021, p. 01).
A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

Deve se passar de ?serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte? (OMS, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.
O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.
Verificou que ?a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo? (OMS, 1992, p. 01); afirmou que ?o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo? (OMS, 1992, p. 01).
Considerou que ?o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000? (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que ?os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva? (OMS, 1992, p. 01)..
Declarou que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais? (OMS, 1992, p. 01); que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços? (OMS, 1992, p. 01).
No Brasil, a idealização do ?Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública (Morais, 2021, p. 01).
A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.

A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-hospitalar, o tratamento comunitário; ?orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência ? grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade? (Pereira, 2021, p. 02).
Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão ?admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação? (Brasil, 1988).
Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios ?para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal? (Brasil, 1988).
O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a ?substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários? (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.
A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional. Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente legalizadas por vários países membros da ONU: ?os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique, a Província do Quebec, no Canadá? (Bertolote, 1994, p. 04).
Segundo o artigo a ?Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais?, uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, ?os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais? (ONU, 2023, p. 01).
A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.
O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia , como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).
A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.
Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. ?O guia ?Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática? busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade? (ONU, 2023, p. 01).
Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, ?um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área? (OMS, 2021, p. 01).
A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (OMS, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-membros da OMS e faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?. ?Os três caminhos se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.
A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua

participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.
O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda ?cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego? (OMS , 2021, p. 01).
A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.
Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, ?direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares? (OMS, 2022a, p. 01).
Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.
As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, ?a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência? (Bertolote, 1994, p. 05).
Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração dos serviços de saúde mental:

O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.
A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde ?considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências? (ONU, 2017, p. 01).

O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, ?através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ?intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes??. Com esse domínio, o tratamento focaliza ?condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.?; prepara o caminho para ?uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (ONU, 2017, p. 1).

Tudo é possível devido ao ?mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas? (ONU, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, ?apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos? (ONU, 2017, p. 02):

As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.
Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas.
Diante das precondições, as ?estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (ONU, 2017, p. 02).
As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os

estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas, totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas ?para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência?. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, ?existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (ONU, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com ?o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais? (ONU , 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.
Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que ?a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns? (OMS, 2021, p. 01).
Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, ?os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos? (OMS, 2021, p. 02). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas.
Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (OMS, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a

psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: ?cuidados de saúde mental com base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos? (OMS, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, ?análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes? (OMS, 2021, p. 01).
Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda ?rápido o suficiente [a ponto de] a história da Dévora Kestelcontinuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.? Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.
A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as ?mudanças [como] estratégicas?:

Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.
O primeiro caminho:

O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental?. Além disso, ?a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer ?redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos? (OMS, 2022a, p. 03).
Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que ?expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto? (OMS, 2022a, p. 03).
Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos, preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela ?encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás? (ONU, 2023, p. 01).
À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário , desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.
No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.
Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e ?a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.
Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs ?vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território? (Brasil, 2005, p. 16); ?surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico? (Brasil, 2005, p. 15).
Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: ?no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%? (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.
Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, ?todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano? (Brasil, 2005, p. 19).
Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. ?Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada ?deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social? (Brasil, 2005, p. 17).
O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial , é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, ?em 2003, 206 pacientes haviam sido

incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, ?o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020? (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.
Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um ?crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura? (Pereira, 2021, p. 05).
Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao financiamento das entidades de interação territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do século XX e foram sinônimas de seus antigos ?tratamentos?.

Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.
Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!
No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.
Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. Guia de formatação de trabalho acadêmico. Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas_mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em:

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS ? 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil ? Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil ? relatório final. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809. Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal ? CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento: 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. Manifesto de Bauru. 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14. Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. A construção do SUS. 1978. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

MAD IN BRASIL. O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria. 18 jun. 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123. Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. Politize, 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental. 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades. 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental. 21 jun. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8

nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitute, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002. Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https ://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU. 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org .br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos /67093. Acesso em: 8 nov. 2021.

==========

Arquivo 1: AMonografia.docx (14859 termos)
Arquivo 2: https://www.pensador.com/frases_de_motivacao_concretizar_objetivos (2460 termos)
Termos comuns: 24
Similaridade: 0,13%
O texto abaixo é o conteúdo do documento AMonografia.docx (14859 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.pensador.com/frases_de_motivacao_concretizar_objetivos (2460 termos)

==========

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA
2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA
2024.2
AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.
Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.
Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. A nova Psiquiatria brasileira: a adequação aos direitos e às garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) ? Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na

ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. The new Brazilian Psychiatry: the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) ? Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO08
2ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA12
2.1Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira12
2.1.1Pretextos para o enclausuramento13
2.1.2Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria14
2.2Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar15
2.2.1Hospitalização psiquiátrica15
2.2.2A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria17
2.3A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria18
2.4Mudanças decorrentes da expressão das opiniões20

3ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL22
3.1Princípios para a Psiquiatria internacional22
3.2A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira27
3.2.1Congressos, conferências e leis infraconstitucionais28
3.3O tratamento psiquiátrico comunitário36
4APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA39
4.1Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução39
4.2Avanços e recuos: direitos e interesses42
4.2.1Recuos, conveniências e interesses43
4.3Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal44
4.3.1Os caminhos da Nova Psiquiatria45
4.4A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira47
4.4.1A população e a administração municipal48
4.4.2Recuos financeiros49
4.4.3Avanços extra hospitalares49
4.4.4Caminhos: de volta pra casa50
4.4.5Descaminhos: desinformação50
5CONSIDERAÇÕES FINAIS52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.
A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.
Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.
A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.
Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam

, a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.
Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.
A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.
As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.
Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.
A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.
Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços , os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.
São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.
O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.
O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.
O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional;

a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o tratamento psiquiátrico comunitário.
O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.
A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica. A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.
O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.
A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria , os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito .

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.
As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o ?tratamento? na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de ?tratamento? tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.

Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os ?doentes? eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura .

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 03).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.
Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. ?A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ?casinha de doudos?? (Zizler, 2019, p. 01).
Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.
Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a

família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro ?depósito de gente?, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, ?desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos? (Arbex, 2016, p. 04)
Dos pretextos para as internações, o ?tratamento? médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, ?era tudo desumano e ineficaz?. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo ? e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p . 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.
A existência dos ?hospitais? psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes. Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.
O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma

ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.
No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um ?cabide de emprego?. No hospital Colônia, ?mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ?nasceram? junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral? (Arbex, 2016, p. 31).
Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de ?tratamento? médico da maneira não convencional, nem confessável.
A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando ?a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841? (Arbex, 2016, p. 30).
Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, ?a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893? (Zizler, 2019, p. 03).
Já no século XX, quando os manicômios foram criados, ?os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).
Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos ?tratamentos? psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, ?não tinha formação adequada? para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha ?dos funcionários mais antigos do que ele?; ?admite que o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações? (Zizler , 2019, p. 04).
A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. ?Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste? (Arbex, 2016, p. 37).
Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os primeiros tempos. ?Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento,

apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa? (Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do ?tratamento? hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.
Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram ?tratados?. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.
O ?tratamento? médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que ?a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município?. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, ?recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas? (Arbex, 2016, p. 35).
Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. ?A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso? (Arbex, 2016, p. 36).
Ainda mais particularmente, ?além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura? (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.
As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à

imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que ?desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas , mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil? (Arbex, 2016, p. 25).
A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.
A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.
No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que ?adota o lema ?Por uma sociedade sem manicômios?? (Brasil, 2005, p. 07).
Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).

No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. ?Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças ? ?contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática?, dizia ele? (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido ?um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos ? (Arbex, 2016, p. 104).
Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em ?cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental? (Arbex, 2016, p. 106).
De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano. Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para passarem algumas horas. ? vocês vão morar aqui ? dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, ?- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário? (Arbex, 2016, p. 107).
Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira a lhe

chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.
Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.
Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes , humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A ?motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio? (Arbex, 2016, p. 109).
É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.
A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.
As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (OMS, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de ?discriminação?, em suas diversas formas, pretextos, de marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (OMS, 1991, p. 01).
Prossegue:

Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (OMS, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. ?A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.?
Para o secretário-geral da ONU, ?é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.? Também devem ser combatidos ?o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,? a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.
O especialista da OMS também observou que ?a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ?como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração? (ONU, 2023, p. 02).
O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ?apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02)
Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: ?mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02).
Os dados de escassez aumentam com a pobreza: ?o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda.? Da mesma forma, ?enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda? (OMS, 2022a,

p. 02).
A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento no texto sobre os ?Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental?, a Resolução da ONU de 1991, e em outros textos, que foram criados para fazerem a afirmação da saúde mental.
Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.
No princípio número 1, pag.2, sobre ?LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS?, contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre ?VIDA NA COMUNIDADE?, diz que ?toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade.?
O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que ?todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.?
Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.
No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: ?o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente? (ONU, 2006).
Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, ?os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência? (ONU, 2006).
Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Neste Plano, a OMS ?faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:
1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental ... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades? que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. ?O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental? (OMS, 2022a, p. 01).
As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, ?quase um bilhão de pessoas ? incluindo 14% dos adolescentes do mundo ? viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade? (OMS, 2022a, p. 01).
A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.
Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. ?Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada? (OMS, 2022a, p. 01).
Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há:
Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias,

programas e outras iniciativas nacionais

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a ?Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.? E assim surgiu ?o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão? (ONU, 2023, p. 01).
Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.
No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.
A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.
No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: ?a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social? (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que ?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).
São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, ?cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado? (Brasil, 1988).
As ações e serviços públicos de saúde integram:

Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as

seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!
O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.
No texto sobre ?a construção do SUS?, está escrito que o ?Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social? (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório , dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a ?Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor? (Fortes, 1978, p. 01).
Nos avanços da proposta, surgiram diversas ?organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.? Todas essas organizações ?lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais? (Fortes, 1978, p. 01).
Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.
No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Fortes, 1978, p. 01).

Os manifestantes recusaram ?o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar a política do estado, vez que ?o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. ?O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os mecanismos de opressão social. ?A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres

, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.
A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, ?contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre ?Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental? falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (OMS, 1987, p. 11).

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui . Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.
No tema sobre ?Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental? seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram ?princípios gerais?. No princípio geral número 1 se disse:

[à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (OMS, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava , diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária. Nada se disse sobre os orçamentos públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.
Para a Conferência não ser dada por perdida, os ?princípios básicos? foram mais específicos. O princípio básico número 1 disse:

As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.
Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que a ?atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional

de Saúde Mental? (Brasil, 1992, p. 06).
O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.
O momento político havia mudado e se falou na ?democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental? (Brasil, 1992, p. 06).
A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. ?Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde? (OMS, 1992, p. 01).
O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e do II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs ?a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país? (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.
A Lei Federal 10.216/2001 ?redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais? (Brasil, 2005, p. 07).
Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.
Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
A internação compulsória é ?determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários? (Brasil, 2001).
A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios), desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preceitua: Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente,

dos demais internados e funcionários. d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave. e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só , não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, ?a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992? (Brasil, 2005, p. 17).
Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.
O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago a seu representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.
A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:
DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA . INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.
1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do programa.
2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão

proferida.
4. Apelação desprovida.
Acórdão
A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e ?deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar? (Brasil, 2004, p. 01):

A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, ?é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social? (Brasil, 2004, p. 01).
A jurisprudência não interferiu na Administração pública na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:
Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria , universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.
Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: ?reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.? (OMS, 2022b, p. 01).
No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.? (OMS, 2021, p. 01).
A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

Deve se passar de ?serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte? (OMS, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.
O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.
Verificou que ?a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo? (OMS, 1992, p. 01); afirmou que ?o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo? (OMS, 1992, p. 01).
Considerou que ?o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000? (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que ?os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva? (OMS, 1992, p. 01)..
Declarou que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais? (OMS, 1992, p. 01); que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços? (OMS, 1992, p. 01).
No Brasil, a idealização do ?Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública (Morais, 2021, p. 01).
A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.

A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-hospitalar, o tratamento comunitário; ?orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência ? grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade? (Pereira, 2021, p. 02).
Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão ?admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação? (Brasil, 1988).
Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios ?para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal? (Brasil, 1988).
O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a ?substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários? (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.
A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional. Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente legalizadas por vários países membros da ONU: ?os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique, a Província do Quebec, no Canadá? (Bertolote, 1994, p. 04).
Segundo o artigo a ?Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais?, uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, ?os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais? (ONU, 2023, p. 01).
A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.
O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia , como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).
A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.
Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. ?O guia ?Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática? busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade? (ONU, 2023, p. 01).
Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, ?um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área? (OMS, 2021, p. 01).
A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (OMS, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-membros da OMS e faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?. ?Os três caminhos se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.
A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua

participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.
O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda ?cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego? (OMS , 2021, p. 01).
A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.
Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, ?direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares? (OMS, 2022a, p. 01).
Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.
As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, ?a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência? (Bertolote, 1994, p. 05).
Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração dos serviços de saúde mental:

O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.
A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde ?considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências? (ONU, 2017, p. 01).

O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, ?através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ?intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes??. Com esse domínio, o tratamento focaliza ?condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.?; prepara o caminho para ?uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (ONU, 2017, p. 1).

Tudo é possível devido ao ?mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas? (ONU, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, ?apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos? (ONU, 2017, p. 02):

As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.
Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas.
Diante das precondições, as ?estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (ONU, 2017, p. 02).
As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os

estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas, totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas ?para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência?. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, ?existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (ONU, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com ?o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais? (ONU , 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.
Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que ?a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns? (OMS, 2021, p. 01).
Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, ?os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos? (OMS, 2021, p. 02). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas.
Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (OMS, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a

psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: ?cuidados de saúde mental com base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos? (OMS, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, ?análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes? (OMS, 2021, p. 01).
Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda ?rápido o suficiente [a ponto de] a história da Dévora Kestelcontinuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.? Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.
A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as ?mudanças [como] estratégicas?:

Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.
O primeiro caminho:

O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental?. Além disso, ?a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer ?redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos? (OMS, 2022a, p. 03).
Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que ?expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto? (OMS, 2022a, p. 03).
Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos, preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela ?encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás? (ONU, 2023, p. 01).
À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário , desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.
No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.
Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e ?a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.
Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs ?vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território? (Brasil, 2005, p. 16); ?surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico? (Brasil, 2005, p. 15).
Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: ?no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%? (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.
Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, ?todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano? (Brasil, 2005, p. 19).
Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. ?Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada ?deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social? (Brasil, 2005, p. 17).
O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial , é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, ?em 2003, 206 pacientes haviam sido

incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, ?o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020? (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.
Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um ?crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura? (Pereira, 2021, p. 05).
Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao financiamento das entidades de interação territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do século XX e foram sinônimas de seus antigos ?tratamentos?.

Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.
Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!
No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.
Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. Guia de formatação de trabalho acadêmico. Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www .researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas _mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais . Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em:

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Disponível em: <http://www .cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS ? 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil ? Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil ? relatório final. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809. Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal ? CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento: 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. Manifesto de Bauru. 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14. Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. A construção do SUS. 1978. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

MAD IN BRASIL. O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria. 18 jun. 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123. Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. Politize, 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental. 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades. 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental. 21 jun. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8

nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitute, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002. Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https ://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU. 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org .br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos /67093. Acesso em: 8 nov. 2021.

==========

Arquivo 1: AMonografia.docx (14859 termos)
Arquivo 2: https://bvsms.saude.gov.br (343 termos)
Termos comuns: 12
Similaridade: 0,07%
O texto abaixo é o conteúdo do documento AMonografia.docx (14859 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento https://bvsms.saude.gov.br (343 termos)

==========

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA
2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA
2024.2
AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.
Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.
Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. A nova Psiquiatria brasileira: a adequação aos direitos e às garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) ? Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões

internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. The new Brazilian Psychiatry: the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) ? Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO08
2ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA12
2.1Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira12
2.1.1Pretextos para o enclausuramento13
2.1.2Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria14
2.2Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar15
2.2.1Hospitalização psiquiátrica15
2.2.2A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria17
2.3A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria18
2.4Mudanças decorrentes da expressão das opiniões20
3ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS

GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL22
3.1Princípios para a Psiquiatria internacional22
3.2A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira27
3.2.1Congressos, conferências e leis infraconstitucionais28
3.3O tratamento psiquiátrico comunitário36
4APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA39
4.1Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução39
4.2Avanços e recuos: direitos e interesses42
4.2.1Recuos, conveniências e interesses43
4.3Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal44
4.3.1Os caminhos da Nova Psiquiatria45
4.4A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira47
4.4.1A população e a administração municipal48
4.4.2Recuos financeiros49
4.4.3Avanços extra hospitalares49
4.4.4Caminhos: de volta pra casa50
4.4.5Descaminhos: desinformação50
5CONSIDERAÇÕES FINAIS52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.
A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.
Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.
A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.
Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam , a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países

onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.
Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.
A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.
As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.
Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.
A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.
Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços , os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.
São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.
O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.
O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.
O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional; a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o

tratamento psiquiátrico comunitário.
O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.
A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica. A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.
O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.
A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria , os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito .

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.
As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o ?tratamento? na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de ?tratamento? tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.
Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a

Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os ?doentes? eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura .

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 03).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.
Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. ?A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ?casinha de doudos?? (Zizler, 2019, p. 01).
Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.
Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de

ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro ?depósito de gente?, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, ?desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos? (Arbex, 2016, p. 04)
Dos pretextos para as internações, o ?tratamento? médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, ?era tudo desumano e ineficaz?. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo ? e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p . 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.
A existência dos ?hospitais? psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes. Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.
O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.

No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um ?cabide de emprego?. No hospital Colônia, ?mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ?nasceram? junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral? (Arbex, 2016, p. 31).
Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de ?tratamento? médico da maneira não convencional, nem confessável.
A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando ?a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841? (Arbex, 2016, p. 30).
Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, ?a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893? (Zizler, 2019, p. 03).
Já no século XX, quando os manicômios foram criados, ?os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).
Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos ?tratamentos? psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, ?não tinha formação adequada? para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha ?dos funcionários mais antigos do que ele?; ?admite que o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações? (Zizler , 2019, p. 04).
A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. ?Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste? (Arbex, 2016, p. 37).
Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os primeiros tempos. ?Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento, apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa?

(Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do ?tratamento? hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.
Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram ?tratados?. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.
O ?tratamento? médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que ?a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município?. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, ?recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas? (Arbex, 2016, p. 35).
Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. ?A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso? (Arbex, 2016, p. 36).
Ainda mais particularmente, ?além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura? (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.
As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não

encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que ?desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas , mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil? (Arbex, 2016, p. 25).
A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.
A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.
No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que ?adota o lema ?Por uma sociedade sem manicômios?? (Brasil, 2005, p. 07).
Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).

No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. ?Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças ? ?contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática?, dizia ele? (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido ?um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos ? (Arbex, 2016, p. 104).
Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em ?cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental? (Arbex, 2016, p. 106).
De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano. Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para passarem algumas horas. ? vocês vão morar aqui ? dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, ?- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário? (Arbex, 2016, p. 107).
Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira a lhe chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas

marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.
Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.
Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes , humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A ?motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio? (Arbex, 2016, p. 109).
É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.
A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.
As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (OMS, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de ?discriminação?, em suas diversas formas, pretextos, de marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (OMS, 1991, p. 01).
Prossegue:

Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (OMS, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. ?A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.?
Para o secretário-geral da ONU, ?é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.? Também devem ser combatidos ?o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,? a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.
O especialista da OMS também observou que ?a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ?como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração? (ONU, 2023, p. 02).
O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ?apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02)
Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: ?mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02).
Os dados de escassez aumentam com a pobreza: ?o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda.? Da mesma forma, ?enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda? (OMS, 2022a, p. 02).

A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento no texto sobre os ?Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental?, a Resolução da ONU de 1991, e em outros textos, que foram criados para fazerem a afirmação da saúde mental.
Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.
No princípio número 1, pag.2, sobre ?LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS?, contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre ?VIDA NA COMUNIDADE?, diz que ?toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade.?
O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que ?todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.?
Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.
No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: ?o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente? (ONU, 2006).
Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, ?os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência? (ONU, 2006).
Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Neste Plano, a OMS ?faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:
1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental ... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades? que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. ?O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental? (OMS, 2022a, p. 01).
As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, ?quase um bilhão de pessoas ? incluindo 14% dos adolescentes do mundo ? viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade? (OMS, 2022a, p. 01).
A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.
Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. ?Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada? (OMS, 2022a, p. 01).
Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há:
Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias, programas e outras iniciativas nacionais

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a ?Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.? E assim surgiu ?o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão? (ONU, 2023, p. 01).
Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.
No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.
A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.
No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: ?a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social? (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que ?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).
São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, ?cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado? (Brasil, 1988).
As ações e serviços públicos de saúde integram:

Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento

integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!
O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.
No texto sobre ?a construção do SUS?, está escrito que o ?Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social? (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório , dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a ?Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor? (Fortes, 1978, p. 01).
Nos avanços da proposta, surgiram diversas ?organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.? Todas essas organizações ?lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais? (Fortes, 1978, p. 01).
Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.
No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Fortes, 1978, p. 01).

Os manifestantes recusaram ?o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar a política do estado, vez que ?o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. ?O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os mecanismos de opressão social. ?A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres , a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).

Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.
A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, ?contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre ?Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental? falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (OMS, 1987, p. 11).

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui . Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.
No tema sobre ?Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental? seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram ?princípios gerais?. No princípio geral número 1 se disse:

[à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (OMS, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava , diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária. Nada se disse sobre os orçamentos públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.
Para a Conferência não ser dada por perdida, os ?princípios básicos? foram mais específicos. O princípio básico número 1 disse:

As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.
Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que a ?atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental? (Brasil, 1992, p. 06).

O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.
O momento político havia mudado e se falou na ?democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental? (Brasil, 1992, p. 06).
A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. ?Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde? (OMS, 1992, p. 01).
O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e do II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs ?a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país? (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.
A Lei Federal 10.216/2001 ?redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais? (Brasil, 2005, p. 07).
Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.
Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
A internação compulsória é ?determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários? (Brasil, 2001).
A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios), desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preceitua: Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para

determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave. e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só , não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, ?a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992? (Brasil, 2005, p. 17).
Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.
O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago a seu representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.
A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:
DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA
. INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.
1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do programa.
2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão proferida.

4. Apelação desprovida.
Acórdão
A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e ?deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar? (Brasil, 2004, p. 01):

A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, ?é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social? (Brasil, 2004, p. 01).
A jurisprudência não interferiu na Administração pública na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:
Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o

tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria , universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.
Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: ?reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.? (OMS, 2022b, p. 01).
No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.? (OMS, 2021, p. 01).
A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

Deve se passar de ?serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte? (OMS, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.
O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.
Verificou que ?a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo? (OMS, 1992, p. 01); afirmou que ?o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo? (OMS, 1992, p. 01).
Considerou que ?o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000? (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que ?os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva? (OMS, 1992, p. 01)..
Declarou que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais? (OMS, 1992, p. 01); que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços? (OMS, 1992, p. 01).
No Brasil, a idealização do ?Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública (Morais, 2021, p. 01).
A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.
A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-

hospitalar, o tratamento comunitário; ?orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência ? grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade? (Pereira, 2021, p. 02).
Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão ?admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação? (Brasil, 1988).
Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios ?para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal? (Brasil, 1988).
O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a ?substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários? (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.
A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional. Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente legalizadas por vários países membros da ONU: ?os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique, a Província do Quebec, no Canadá? (Bertolote, 1994, p. 04).
Segundo o artigo a ?Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais?, uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, ?os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados

necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais? (ONU, 2023, p. 01).

A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.

O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia , como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).

A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.

Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. ?O guia ?Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática? busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade? (ONU, 2023, p. 01).

Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, ?um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área? (OMS, 2021, p. 01).

A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

> Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (OMS, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-membros da OMS e faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?. ?Os três caminhos se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).

A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.

A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação

involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.
O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda ?cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego? (OMS , 2021, p. 01).
A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.
Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, ?direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares? (OMS, 2022a, p. 01).
Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.
As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, ?a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência? (Bertolote, 1994, p. 05).
Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração dos serviços de saúde mental:
O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a

aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.
A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde ?considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências? (ONU, 2017, p. 01).

O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, ?através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ?intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes??. Com esse domínio, o tratamento focaliza ?condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.?; prepara o caminho para ?uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (ONU, 2017, p. 1).

Tudo é possível devido ao ?mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas? (ONU, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, ?apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos? (ONU, 2017, p. 02):

As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.
Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas. Diante das precondições, as ?estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (ONU, 2017, p. 02).
As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas,

totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas ?para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência?. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, ?existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (ONU, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com ?o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais? (ONU , 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.
Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que ?a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns? (OMS, 2021, p. 01).
Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, ?os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos? (OMS, 2021, p. 02). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas.
Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (OMS, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: ?cuidados de saúde mental com

base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos? (OMS, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, ?análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes? (OMS, 2021, p. 01).
Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda ?rápido o suficiente [a ponto de] a história da Dévora Kestelcontinuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.? Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.
A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as ?mudanças [como] estratégicas?:

Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.
O primeiro caminho:

O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental?. Além disso, ?a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer ?redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos? (OMS, 2022a, p. 03).
Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que ?expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto? (OMS, 2022a, p. 03).
Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos, preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela ?encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás? (ONU, 2023, p. 01).
À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário , desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.
No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.
Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e ?a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.
Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs ?vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território? (Brasil, 2005, p. 16); ?surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico? (Brasil, 2005, p. 15).
Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de

financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: ?no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%? (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.
Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, ?todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano? (Brasil, 2005, p. 19).
Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. ?Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada ?deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social? (Brasil, 2005, p. 17).
O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial , é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, ?em 2003, 206 pacientes haviam sido incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes? (Almeida, 2019, p.

03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, ?o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020? (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.
Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um ?crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura? (Pereira, 2021, p. 05).
Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao financiamento das entidades de interação territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do século XX e foram sinônimas de seus antigos ?tratamentos?.
Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de

alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.

Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!

No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.

Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. Guia de formatação de trabalho acadêmico. Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas_mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em:

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS ? 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil ? Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil ? relatório final. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809. Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal ? CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento: 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. Manifesto de Bauru. 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14. Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. A construção do SUS. 1978. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

MAD IN BRASIL. O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria. 18 jun. 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123. Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. Politize, 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental. 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades. 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental. 21 jun. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8 nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitute, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002. Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https ://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU. 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org .br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos /67093. Acesso em: 8 nov. 2021.

==========

Arquivo 1: AMonografia.docx (14859 termos)
Arquivo 2:
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=cb1a920a114d61458ab329f424258cb9f710dae9cd7921bd6baab9f5d11c35e0JmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly9lZ2VzdG9yYWIuc2F1ZGUuZ292LmJyL2ltYWdlLz9maWxlPTIwMjExMjE2X05fSW5zdHJ1bWVudG9wYXJhQXZhbGlhY2FvZG9SaXNjb3NQc2ljb3Nzb2NpYWlzZWRlVmlvbGVuY2lhLXBhY2llbnRlc2ZvcmVuc2VzLWluY2x1c2FvZW1TUlRfNzEwNzE4NjMwNjkyMjYxMjc4Mi5wZGY&ntb=1 (8 termos)
Termos comuns: 0
Similaridade: 0,00%
O texto abaixo é o conteúdo do documento AMonografia.docx (14859 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=cb1a920a114d61458ab329f424258cb9f710dae9cd7921bd6baab9f5d11c35e0JmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly9lZ2VzdG9yYWIuc2F1ZGUuZ292LmJyL2ltYWdlLz9maWxlPTIwMjExMjE2X05fSW5zdHJ1bWVudG9wYXJhQXZhbGlhY2FvZG9SaXNjb3NQc2ljb3Nzb2NpYWlzZWRlVmlvbGVuY2lhLXBhY2llbnRlc2ZvcmVuc2VzLWluY2x1c2FvZW1TUlRfNzEwNzE4NjMwNjkyMjYxMjc4Mi5wZGY&ntb=1 (8 termos)

==========

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA
2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA
2024.2
AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.
Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.
Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. A nova Psiquiatria brasileira: a adequação aos direitos e às garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) ? Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. The new Brazilian Psychiatry: the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) ? Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO08
2ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA12
2.1Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira12
2.1.1Pretextos para o enclausuramento13
2.1.2Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria14
2.2Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar15
2.2.1Hospitalização psiquiátrica15
2.2.2A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria17
2.3A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria18
2.4Mudanças decorrentes da expressão das opiniões20
3ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL22
3.1Princípios para a Psiquiatria internacional22
3.2A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira27
3.2.1Congressos, conferências e leis infraconstitucionais28
3.3O tratamento psiquiátrico comunitário36
4APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA39
4.1Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução39
4.2Avanços e recuos: direitos e interesses42
4.2.1Recuos, conveniências e interesses43
4.3Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal44
4.3.1Os caminhos da Nova Psiquiatria45
4.4A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira47
4.4.1A população e a administração municipal48
4.4.2Recuos financeiros49
4.4.3Avanços extra hospitalares49
4.4.4Caminhos: de volta pra casa50
4.4.5Descaminhos: desinformação50
5CONSIDERAÇÕES FINAIS52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.
A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.
Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos

procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.

A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.

Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam , a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.

Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.

A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.

As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.

Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.

A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.

Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços , os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.

São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja

prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.
O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.
O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.
O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional; a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o tratamento psiquiátrico comunitário.
O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.
A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica. A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.
O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.
A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria , os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito .

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento

dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.
As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o ?tratamento? na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de ?tratamento? tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.
Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os ?doentes? eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura .

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 03).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.

Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. ?A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ?casinha de doudos?? (Zizler, 2019, p. 01).
Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.
Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro ?depósito de gente?, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, ?desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos? (Arbex, 2016, p. 04)
Dos pretextos para as internações, o ?tratamento? médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, ?era tudo desumano e ineficaz?. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo ? e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p . 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.
A existência dos ?hospitais? psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes.
Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.
O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de

clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.
No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um ?cabide de emprego?. No hospital Colônia, ?mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ?nasceram? junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral? (Arbex, 2016, p. 31).
Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de ?tratamento? médico da maneira não convencional, nem confessável.
A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando ?a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841? (Arbex, 2016, p. 30).
Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, ?a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893? (Zizler, 2019, p. 03).
Já no século XX, quando os manicômios foram criados, ?os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).

Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos ?tratamentos? psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, ?não tinha formação adequada? para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha ?dos funcionários mais antigos do que ele?; ?admite que o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações? (Zizler , 2019, p. 04).
A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. ?Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste? (Arbex, 2016, p. 37).
Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os primeiros tempos. ?Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento, apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa? (Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do ?tratamento? hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.
Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram ?tratados?. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.
O ?tratamento? médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que ?a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município?. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, ?recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas? (Arbex, 2016, p. 35).
Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. ?A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso? (Arbex, 2016, p. 36).
Ainda mais particularmente, ?além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura? (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.
As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo

que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que ?desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas , mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil? (Arbex, 2016, p. 25).
A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.
A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.
No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que ?adota o lema ?Por uma sociedade sem manicômios?? (Brasil, 2005, p. 07).
Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).

No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. ?Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças ? ?contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática?, dizia ele? (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido ?um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos ? (Arbex, 2016, p. 104).
Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em ?cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental? (Arbex, 2016, p. 106).
De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano. Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para

passarem algumas horas. ? vocês vão morar aqui ? dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, ?- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário? (Arbex, 2016, p. 107).
Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira a lhe chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.
Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.
Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes , humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A ?motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio? (Arbex, 2016, p. 109).
É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.
A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral

da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.
As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (OMS, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de ?discriminação?, em suas diversas formas, pretextos, de marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (OMS, 1991, p. 01).
Prossegue:

Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (OMS, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. ?A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.?
Para o secretário-geral da ONU, ?é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.? Também devem ser combatidos ?o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,? a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.
O especialista da OMS também observou que ?a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ?como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração? (ONU, 2023, p. 02).

O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ?apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02)
Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: ?mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02).
Os dados de escassez aumentam com a pobreza: ?o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda.? Da mesma forma, ?enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda? (OMS, 2022a, p. 02).
A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento no texto sobre os ?Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental?, a Resolução da ONU de 1991, e em outros textos, que foram criados para fazerem a afirmação da saúde mental.
Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.
No princípio número 1, pag.2, sobre ?LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS?, contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre ?VIDA NA COMUNIDADE?, diz que ?toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade.?
O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que ?todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.?
Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.
No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: ?o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas

as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente? (ONU, 2006).
Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, ?os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência? (ONU, 2006).
Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Neste Plano, a OMS ?faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:
1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental ... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades? que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. ?O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental? (OMS, 2022a, p. 01).
As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, ?quase um bilhão de pessoas ? incluindo 14% dos adolescentes do mundo ? viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade? (OMS, 2022a, p. 01).
A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.
Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. ?Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a

mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada? (OMS, 2022a, p. 01).
Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há:
Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias, programas e outras iniciativas nacionais

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a ?Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.? E assim surgiu ?o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão? (ONU, 2023, p. 01).
Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.
No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.
A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.
No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: ?a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social? (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que ?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).
São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, ?cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado? (Brasil, 1988).
As ações e serviços públicos de saúde integram:

Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!
O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.
No texto sobre ?a construção do SUS?, está escrito que o ?Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social? (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório , dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a ?Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor? (Fortes, 1978, p. 01).
Nos avanços da proposta, surgiram diversas ?organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.? Todas essas organizações ?lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais? (Fortes, 1978, p. 01).
Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.
No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Fortes, 1978, p. 01).

Os manifestantes recusaram ?o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar a política do estado, vez que ?o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. ?O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os mecanismos de opressão social. ?A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres , a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.
A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, ?contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre ?Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental? falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (OMS, 1987, p. 11).

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui . Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.
No tema sobre ?Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental? seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram ?princípios gerais?. No princípio geral número 1 se disse:

[à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (OMS, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava , diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária. Nada se disse sobre os orçamentos públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.
Para a Conferência não ser dada por perdida, os ?princípios básicos? foram mais específicos. O princípio

básico número 1 disse:

As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.
Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que a ?atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental? (Brasil, 1992, p. 06).
O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.
O momento político havia mudado e se falou na ?democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental? (Brasil, 1992, p. 06).
A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. ?Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde? (OMS, 1992, p. 01).
O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e do II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs ?a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país? (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.
A Lei Federal 10.216/2001 ?redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de

tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais? (Brasil, 2005, p. 07).
Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.
Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
A internação compulsória é ?determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários? (Brasil, 2001).
A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE

OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios), desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preceitua: Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave. e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só , não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, ?a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992? (Brasil, 2005, p. 17).
Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.
O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago a seu representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.
A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:
DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA

. INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.
1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do programa.
2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão proferida.
4. Apelação desprovida.
Acórdão
A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e ?deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar? (Brasil, 2004, p. 01):

A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, ?é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social? (Brasil, 2004, p. 01).
A jurisprudência não interferiu na Administração pública na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:
Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria , universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.
Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: ?reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.? (OMS, 2022b, p. 01).
No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.? (OMS, 2021, p. 01).
A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

Deve se passar de ?serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte? (OMS, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.
O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.
Verificou que ?a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo? (OMS, 1992, p. 01); afirmou que ?o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo? (OMS, 1992, p. 01).
Considerou que ?o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000? (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que ?os Sistemas Locais de

Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva? (OMS, 1992, p. 01)..
Declarou que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais? (OMS, 1992, p. 01); que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços? (OMS, 1992, p. 01).
No Brasil, a idealização do ?Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública (Morais, 2021, p. 01).
A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.
A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-hospitalar, o tratamento comunitário; ?orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência ? grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade? (Pereira, 2021, p. 02).
Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão ?admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação? (Brasil, 1988).
Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios ?para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal? (Brasil, 1988).
O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a ?substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários? (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.
A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional.
Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente

legalizadas por vários países membros da ONU: ?os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique, a Província do Quebec, no Canadá? (Bertolote, 1994, p. 04).
Segundo o artigo a ?Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais?, uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, ?os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais? (ONU, 2023, p. 01).
A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.
O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia , como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).
A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.
Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. ?O guia ?Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática? busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade? (ONU, 2023, p. 01).
Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, ?um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área? (OMS, 2021, p. 01).
A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (OMS, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-membros da OMS e faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?. ?Os três caminhos se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.
A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.
O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda ?cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego? (OMS , 2021, p. 01).
A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.
Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, ?direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares?

(OMS, 2022a, p. 01).
Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.
As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, ?a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência? (Bertolote, 1994, p. 05).
Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração dos serviços de saúde mental:
O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.
A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde ?considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências? (ONU, 2017, p. 01).

O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, ?através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ?intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes??. Com esse domínio, o tratamento focaliza ?condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.?; prepara o caminho para ?uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (ONU, 2017, p. 1).

Tudo é possível devido ao ?mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas? (ONU, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, ?apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos? (ONU, 2017, p. 02):

As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos

interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.
Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas.
Diante das precondições, as ?estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (ONU, 2017, p. 02).
As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas, totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas ?para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência?. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, ?existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (ONU, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com ?o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais? (ONU , 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.
Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que ?a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns? (OMS, 2021, p. 01).
Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, ?os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos? (OMS, 2021, p. 02). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em

medicamentos para controlar os sintomas.
Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (OMS, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: ?cuidados de saúde mental com base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos? (OMS, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, ?análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes? (OMS, 2021, p. 01).
Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda ?rápido o suficiente [a ponto de] a história da Dévora Kestelcontinuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.? Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.
A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as ?mudanças [como] estratégicas?:

Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.
O primeiro caminho:

O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental?. Além disso, ?a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer ?redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos? (OMS, 2022a, p. 03).
Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que ?expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto? (OMS, 2022a, p. 03).
Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos, preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela ?encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás? (ONU, 2023, p. 01).
À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário , desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.
No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.
Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e ?a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.
Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs ?vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território? (Brasil, 2005, p. 16); ?surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico? (Brasil, 2005, p. 15).
Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais

Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: ?no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%? (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.
Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, ?todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano? (Brasil, 2005, p. 19).
Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. ?Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada ?deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social? (Brasil, 2005, p. 17).
O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial , é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, ?em 2003, 206 pacientes haviam sido incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, ?o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020? (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.
Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um ?crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública

extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura? (Pereira, 2021, p. 05).
Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao financiamento das entidades de interação territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do século XX e foram sinônimas de seus antigos ?tratamentos?.
Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.
Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!
No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.
Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. Guia de formatação de trabalho acadêmico. Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www .researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas _mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais . Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em:

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Disponível em: <http://www .cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto .gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS ? 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF , 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm /2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil ? Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil ? relatório final. 1992. Disponível em: https ://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs /publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809. Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal ? CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento : 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia /trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO . Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https ://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. Manifesto de Bauru. 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14. Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. A construção do SUS. 1978. Disponível em: https://conselho.saude .pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa _2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

MAD IN BRASIL. O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria. 18 jun. 2017. Disponível em: https ://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads /2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123. Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. Politize, 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental. 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades. 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story

/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. 1992. Disponível em: https://bvsms .saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental. 21 jun. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8 nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitute, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002. Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https ://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU. 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org .br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos /67093. Acesso em: 8 nov. 2021.

==========

Arquivo 1: AMonografia.docx (14859 termos)
Arquivo 2:
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=9e89573a2e69a99e603d9b5aee75d9bce37de2c3e29c5096d1e8585e62139618JmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cucGxhbmFsdG8uZ292LmJyL2NjaXZpbF8wMy9sZWlzL2xlaXNfMjAwMS9sMTAyMTYuaHRt&ntb=1 (8 termos)
Termos comuns: 0
Similaridade: 0,00%
O texto abaixo é o conteúdo do documento AMonografia.docx (14859 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=9e89573a2e69a99e603d9b5aee75d9bce37de2c3e29c5096d1e8585e62139618JmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cucGxhbmFsdG8uZ292LmJyL2NjaXZpbF8wMy9sZWlzL2xlaXNfMjAwMS9sMTAyMTYuaHRt&ntb=1 (8 termos)

==========

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA
2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA
2024.2
AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.
Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.
Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. A nova Psiquiatria brasileira: a adequação aos direitos e às garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) ? Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. The new Brazilian Psychiatry: the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) ? Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO08
2ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA12
2.1Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira12
2.1.1Pretextos para o enclausuramento13

2.1.2Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria14
2.2Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar15
2.2.1Hospitalização psiquiátrica15
2.2.2A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria17
2.3A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria18
2.4Mudanças decorrentes da expressão das opiniões20
3ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL22
3.1Princípios para a Psiquiatria internacional22
3.2A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira27
3.2.1Congressos, conferências e leis infraconstitucionais28
3.3O tratamento psiquiátrico comunitário36
4APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA39
4.1Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução39
4.2Avanços e recuos: direitos e interesses42
4.2.1Recuos, conveniências e interesses43
4.3Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal44
4.3.1Os caminhos da Nova Psiquiatria45
4.4A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira47
4.4.1A população e a administração municipal48
4.4.2Recuos financeiros49
4.4.3Avanços extra hospitalares49
4.4.4Caminhos: de volta pra casa50
4.4.5Descaminhos: desinformação50
5CONSIDERAÇÕES FINAIS52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.
A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.
Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos

antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.
A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.
Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam , a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.
Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.
A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.
As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.
Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.
A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.
Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços , os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.
São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.
O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.
O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências

na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.
O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional; a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o tratamento psiquiátrico comunitário.
O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.
A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica. A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.
O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.
A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria , os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito .

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.

As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o ?tratamento? na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de ?tratamento? tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.
Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os ?doentes? eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura .

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 03).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.
Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. ?A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ?casinha de doudos?? (Zizler, 2019, p. 01).

Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.
Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro ?depósito de gente?, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, ?desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos? (Arbex, 2016, p. 04)
Dos pretextos para as internações, o ?tratamento? médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, ?era tudo desumano e ineficaz?. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo ? e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p . 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.
A existência dos ?hospitais? psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes.
Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.
O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.
No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um ?cabide de emprego?. No hospital Colônia, ?mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ?nasceram? junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral? (Arbex, 2016, p. 31).
Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de ?tratamento? médico da maneira não convencional, nem confessável.
A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando ?a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841? (Arbex, 2016, p. 30).
Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, ?a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893? (Zizler, 2019, p. 03).
Já no século XX, quando os manicômios foram criados, ?os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).
Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos ?tratamentos? psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, ?não tinha formação adequada? para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha ?dos funcionários mais antigos do que ele?; ?admite que o tratamento de choque e o

uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações? (Zizler , 2019, p. 04).
A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. ?Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste? (Arbex, 2016, p. 37).
Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os primeiros tempos. ?Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento, apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa? (Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do ?tratamento? hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.
Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram ?tratados?. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.
O ?tratamento? médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que ?a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município?. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, ?recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas? (Arbex, 2016, p. 35).
Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. ?A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso? (Arbex, 2016, p. 36).
Ainda mais particularmente, ?além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura? (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.
As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que ?desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas , mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil? (Arbex, 2016, p. 25).
A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.
A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.
No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que ?adota o lema ?Por uma sociedade sem manicômios?? (Brasil, 2005, p. 07).
Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas

políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).

No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. ?Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças ? ?contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática?, dizia ele? (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido ?um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos ? (Arbex, 2016, p. 104).
Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em ?cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental? (Arbex, 2016, p. 106).
De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano. Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para passarem algumas horas. ? vocês vão morar aqui ? dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, ?- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante

meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário? (Arbex, 2016, p. 107).
Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira a lhe chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.
Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.
Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes , humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A ?motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio? (Arbex, 2016, p. 109).
É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.
A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.
As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (OMS, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de ?discriminação?, em suas diversas formas, pretextos, de marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (OMS, 1991, p. 01).
Prossegue:

Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (OMS, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. ?A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.?
Para o secretário-geral da ONU, ?é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.? Também devem ser combatidos ?o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,? a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.
O especialista da OMS também observou que ?a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ?como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração? (ONU, 2023, p. 02).
O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ?apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02)

Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: ?mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02).
Os dados de escassez aumentam com a pobreza: ?o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda.? Da mesma forma, ?enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda? (OMS, 2022a, p. 02).
A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento no texto sobre os ?Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental?, a Resolução da ONU de 1991, e em outros textos, que foram criados para fazerem a afirmação da saúde mental.
Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.
No princípio número 1, pag.2, sobre ?LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS?, contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre ?VIDA NA COMUNIDADE?, diz que ?toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade.?
O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que ?todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.?
Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.
No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: ?o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente? (ONU, 2006).
Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, ?os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência? (ONU, 2006).
Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Neste Plano, a OMS ?faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:
1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental ... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades? que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. ?O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental? (OMS, 2022a, p. 01).
As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, ?quase um bilhão de pessoas ? incluindo 14% dos adolescentes do mundo ? viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade? (OMS, 2022a, p. 01).
A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.
Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. ?Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada? (OMS, 2022a, p. 01).
Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que

os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há: Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias, programas e outras iniciativas nacionais

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a ?Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.? E assim surgiu ?o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão? (ONU, 2023, p. 01).
Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.
No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.
A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.
No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: ?a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social? (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que ?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).

São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, ?cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado? (Brasil, 1988).
As ações e serviços públicos de saúde integram:

Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!
O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.
No texto sobre ?a construção do SUS?, está escrito que o ?Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social? (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório , dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a ?Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor? (Fortes, 1978, p. 01).
Nos avanços da proposta, surgiram diversas ?organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.? Todas essas organizações ?lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais? (Fortes, 1978, p. 01).
Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.
No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Fortes, 1978, p. 01).

Os manifestantes recusaram ?o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar

a política do estado, vez que ?o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. ?O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os mecanismos de opressão social. ?A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres , a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.
A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, ?contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre ?Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental? falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (OMS, 1987, p. 11).

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui . Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.
No tema sobre ?Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental? seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram ?princípios gerais?. No princípio geral número 1 se disse:

[à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (OMS, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava , diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária. Nada se disse sobre os orçamentos públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.
Para a Conferência não ser dada por perdida, os ?princípios básicos? foram mais específicos. O princípio básico número 1 disse:

As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando

político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.
Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que a ?atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental? (Brasil, 1992, p. 06).
O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.
O momento político havia mudado e se falou na ?democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental? (Brasil, 1992, p. 06).
A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. ?Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde? (OMS, 1992, p. 01).
O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e do II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs ?a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país? (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.
A Lei Federal 10.216/2001 ?redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais? (Brasil, 2005, p. 07).
Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.
Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
A internação compulsória é ?determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários? (Brasil, 2001).
A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios), desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

modelo assistencial em saúde mental, preceitua: Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave. e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só , não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, ?a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992? (Brasil, 2005, p. 17).
Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.
O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago a seu representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.
A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:
DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA . INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.
1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do

programa.
2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão proferida.
4. Apelação desprovida.
Acórdão
A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e ?deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar? (Brasil, 2004, p. 01):

A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, ?é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social? (Brasil, 2004, p. 01).
A jurisprudência não interferiu na Administração pública na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:
Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO

ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria , universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.
Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: ?reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.? (OMS, 2022b, p. 01).
No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.? (OMS, 2021, p. 01).
A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

Deve se passar de ?serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte? (OMS, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.
O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.
Verificou que ?a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo? (OMS, 1992, p. 01); afirmou que ?o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo? (OMS, 1992, p. 01).
Considerou que ?o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000? (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que ?os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva? (OMS, 1992, p. 01)..
Declarou que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na

comunidade e dentro de suas redes sociais? (OMS, 1992, p. 01); que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços? (OMS, 1992, p. 01).
No Brasil, a idealização do ?Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública (Morais, 2021, p. 01).
A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.
A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-hospitalar, o tratamento comunitário; ?orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência ? grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade? (Pereira, 2021, p. 02).
Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão ?admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação? (Brasil, 1988).
Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios ?para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal? (Brasil, 1988).
O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a ?substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários? (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.
A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional. Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente legalizadas por vários países membros da ONU: ?os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique, a Província do Quebec, no Canadá? (Bertolote, 1994, p. 04).
Segundo o artigo a ?Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais?,

uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, ?os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais? (ONU, 2023, p. 01).
A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.
O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia , como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).
A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.
Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. ?O guia ?Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática? busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade? (ONU, 2023, p. 01).
Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, ?um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área? (OMS, 2021, p. 01).
A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (OMS, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-

membros da OMS e faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?. ?Os três caminhos se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.
A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.
O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda ?cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego? (OMS , 2021, p. 01).
A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.
Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, ?direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares? (OMS, 2022a, p. 01).
Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.
As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos

pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, ?a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência? (Bertolote, 1994, p. 05).
Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração dos serviços de saúde mental:
O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.
A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde ?considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências? (ONU, 2017, p. 01).

O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, ?através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ?intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes??. Com esse domínio, o tratamento focaliza ?condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.?; prepara o caminho para ?uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (ONU, 2017, p. 1).

Tudo é possível devido ao ?mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas? (ONU, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, ?apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos? (ONU, 2017, p. 02):

As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.

Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas. Diante das precondições, as ?estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (ONU, 2017, p. 02).
As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas, totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas ?para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência?. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, ?existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (ONU, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com ?o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais? (ONU , 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.
Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que ?a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns? (OMS, 2021, p. 01).
Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, ?os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos? (OMS, 2021, p. 02). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas.
Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças

significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (OMS, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: ?cuidados de saúde mental com base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos? (OMS, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, ?análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes? (OMS, 2021, p. 01).
Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda ?rápido o suficiente [a ponto de] a história da Dévora Kestelcontinuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.? Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.
A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as ?mudanças [como] estratégicas?:

Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.
O primeiro caminho:

O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental?. Além disso, ?a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer ?redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos? (OMS,

2022a, p. 03).
Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que ?expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto? (OMS, 2022a, p. 03).
Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos, preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela ?encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás? (ONU, 2023, p. 01).
À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário , desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.
No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.
Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e ?a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à

atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.
Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs ?vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território? (Brasil, 2005, p. 16); ?surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico? (Brasil, 2005, p. 15).
Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A

teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: ?no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%? (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.
Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, ?todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano? (Brasil, 2005, p. 19).
Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. ?Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na

obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada ?deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social? (Brasil, 2005, p. 17).
O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial , é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, ?em 2003, 206 pacientes haviam sido incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, ?o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020? (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.
Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um ?crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura? (Pereira, 2021, p. 05).
Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao financiamento das entidades de interação

territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do século XX e foram sinônimas de seus antigos ?tratamentos?.
Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.
Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!
No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.
Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. Guia de formatação de trabalho acadêmico. Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www .researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas _mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais . Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em:

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS ? 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil ? Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil ? relatório final. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809. Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal ? CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento: 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. Manifesto de Bauru. 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14. Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. A construção do SUS. 1978. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

MAD IN BRASIL. O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria. 18 jun. 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123. Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. Politize, 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental. 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades. 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental. 21 jun. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8 nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitute, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002. Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https ://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU. 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org .br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos /67093. Acesso em: 8 nov. 2021.

==========

Arquivo 1: AMonografia.docx (14859 termos)
Arquivo 2:
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=7e2b5a6c84141ec9fc10f3cb8a801e1221593e7d838c79a5036f7234acbd875cJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuY2FtYXJhLmxlZy5ici9wcm9wb3NpY29lc1dlYi9wcm9wX21vc3RyYXJpbnRlZ3JhP2NvZHRlb3I9NzI3MzU2JmZpbGVuYW1lPUxlZ2lzbGFjYW9DaXRhZGElMjBQTCUyMDY2NTkvMjAwOQ&ntb=1 (8 termos)
Termos comuns: 0
Similaridade: 0,00%
O texto abaixo é o conteúdo do documento AMonografia.docx (14859 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=7e2b5a6c84141ec9fc10f3cb8a801e1221593e7d838c79a5036f7234acbd875cJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuY2FtYXJhLmxlZy5ici9wcm9wb3NpY29lc1dlYi9wcm9wX21vc3RyYXJpbnRlZ3JhP2NvZHRlb3I9NzI3MzU2JmZpbGVuYW1lPUxlZ2lzbGFjYW9DaXRhZGElMjBQTCUyMDY2NTkvMjAwOQ&ntb=1 (8 termos)

==========

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA
2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA
2024.2
AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.
Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.
Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. A nova Psiquiatria brasileira: a adequação aos direitos e às

garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) ? Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. The new Brazilian Psychiatry: the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) ? Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO08
2ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA12

2.1Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira12
2.1.1Pretextos para o enclausuramento13
2.1.2Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria14
2.2Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar15
2.2.1Hospitalização psiquiátrica15
2.2.2A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria17
2.3A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria18
2.4Mudanças decorrentes da expressão das opiniões20
3ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL22
3.1Princípios para a Psiquiatria internacional22
3.2A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira27
3.2.1Congressos, conferências e leis infraconstitucionais28
3.3O tratamento psiquiátrico comunitário36
4APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA39
4.1Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução39
4.2Avanços e recuos: direitos e interesses42
4.2.1Recuos, conveniências e interesses43
4.3Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal44
4.3.1Os caminhos da Nova Psiquiatria45
4.4A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira47
4.4.1A população e a administração municipal48
4.4.2Recuos financeiros49
4.4.3Avanços extra hospitalares49
4.4.4Caminhos: de volta pra casa50
4.4.5Descaminhos: desinformação50
5CONSIDERAÇÕES FINAIS52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.
A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.
Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas

que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.

A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.

Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam , a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.

Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.

A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.

As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.

Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.

A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.

Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços , os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.

São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.

O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.
O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.
O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional; a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o tratamento psiquiátrico comunitário.
O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.
A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica. A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.
O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.
A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria , os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito .

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado

não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.
As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o ?tratamento? na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de ?tratamento? tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.
Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os ?doentes? eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura .

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 03).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.
Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. ?A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa

Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ?casinha de doudos?? (Zizler, 2019, p. 01).
Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.
Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro ?depósito de gente?, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, ?desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos? (Arbex, 2016, p. 04)
Dos pretextos para as internações, o ?tratamento? médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, ?era tudo desumano e ineficaz?. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo ? e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p . 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.
A existência dos ?hospitais? psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes.
Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.
O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.
No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um ?cabide de emprego?. No hospital Colônia, ?mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ?nasceram? junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral? (Arbex, 2016, p. 31).
Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de ?tratamento? médico da maneira não convencional, nem confessável.
A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando ?a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841? (Arbex, 2016, p. 30).
Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, ?a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893? (Zizler, 2019, p. 03).
Já no século XX, quando os manicômios foram criados, ?os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).
Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos ?tratamentos? psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do

hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, ?não tinha formação adequada? para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha ?dos funcionários mais antigos do que ele?; ?admite que o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações? (Zizler , 2019, p. 04).
A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. ?Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste? (Arbex, 2016, p. 37).
Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os primeiros tempos. ?Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento, apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa? (Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do ?tratamento? hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.
Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram ?tratados?. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.
O ?tratamento? médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que ?a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município?. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, ?recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas? (Arbex, 2016, p. 35).
Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. ?A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso? (Arbex, 2016, p. 36).
Ainda mais particularmente, ?além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura? (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.
As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que ?desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas , mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil? (Arbex, 2016, p. 25).
A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.
A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.
No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que ?adota o lema ?Por uma sociedade sem manicômios?? (Brasil, 2005, p. 07).
Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços

dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).

No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. ?Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças ? ?contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática?, dizia ele? (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido ?um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos ? (Arbex, 2016, p. 104).
Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em ?cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental? (Arbex, 2016, p. 106).
De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano. Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para passarem algumas horas. ? vocês vão morar aqui ? dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, ?- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário? (Arbex, 2016, p. 107).
Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira a lhe chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.
Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.
Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes , humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A ?motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio? (Arbex, 2016, p. 109).
É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.
A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.

As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (OMS, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de ?discriminação?, em suas diversas formas, pretextos, de marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (OMS, 1991, p. 01).
Prossegue:

Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (OMS, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. ?A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.?
Para o secretário-geral da ONU, ?é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.? Também devem ser combatidos ?o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,? a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.
O especialista da OMS também observou que ?a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ?como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração? (ONU, 2023, p. 02).
O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ?apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis

e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02)
Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: ?mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02).
Os dados de escassez aumentam com a pobreza: ?o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda.? Da mesma forma, ?enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda? (OMS, 2022a, p. 02).
A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento no texto sobre os ?Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental?, a Resolução da ONU de 1991, e em outros textos, que foram criados para fazerem a afirmação da saúde mental.
Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.
No princípio número 1, pag.2, sobre ?LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS?, contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre ?VIDA NA COMUNIDADE?, diz que ?toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade.?
O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que ?todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.?
Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.
No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: ?o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente? (ONU, 2006).
Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à

discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, ?os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência? (ONU, 2006).
Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Neste Plano, a OMS ?faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:
1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental ... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades? que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. ?O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental? (OMS, 2022a, p. 01).
As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, ?quase um bilhão de pessoas ? incluindo 14% dos adolescentes do mundo ? viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade? (OMS, 2022a, p. 01).
A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.
Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. ?Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada? (OMS, 2022a, p. 01).
Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da

ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há:
Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias, programas e outras iniciativas nacionais

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a ?Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.? E assim surgiu ?o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão? (ONU, 2023, p. 01).
Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.
No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.
A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.
No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: ?a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social? (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que ?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).
São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, ?cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado? (Brasil, 1988).
As ações e serviços públicos de saúde integram:

Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!
O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.
No texto sobre ?a construção do SUS?, está escrito que o ?Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social? (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório , dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a ?Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor? (Fortes, 1978, p. 01).
Nos avanços da proposta, surgiram diversas ?organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.? Todas essas organizações ?lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais? (Fortes, 1978, p. 01).
Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.
No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Fortes, 1978, p. 01).

Os manifestantes recusaram ?o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso? (Manifesto

de Bauru, 1987, p. 01).
Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar a política do estado, vez que ?o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. ?O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os mecanismos de opressão social. ?A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres , a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.
A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, ?contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre ?Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental? falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (OMS, 1987, p. 11).

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui . Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.
No tema sobre ?Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental? seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram ?princípios gerais?. No princípio geral número 1 se disse:

[à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (OMS, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava , diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária. Nada se disse sobre os orçamentos públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.
Para a Conferência não ser dada por perdida, os ?princípios básicos? foram mais específicos. O princípio básico número 1 disse:

As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.
Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que a ?atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental? (Brasil, 1992, p. 06).
O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.
O momento político havia mudado e se falou na ?democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental? (Brasil, 1992, p. 06).
A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. ?Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde? (OMS, 1992, p. 01).
O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e do II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs ?a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país? (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.
A Lei Federal 10.216/2001 ?redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais? (Brasil, 2005, p. 07).

Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.
Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
A internação compulsória é ?determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários? (Brasil, 2001).
A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios),

desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preceitua: Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave. e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só , não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, ?a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992? (Brasil, 2005, p. 17).
Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.
O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago a seu representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.
A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:
DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA . INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.

1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do programa.
2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão proferida.
4. Apelação desprovida.
Acórdão
A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e ?deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar? (Brasil, 2004, p. 01):

A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, ?é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social? (Brasil, 2004, p. 01).
A jurisprudência não interferiu na Administração pública na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:
Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE

A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria , universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.
Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: ?reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.? (OMS, 2022b, p. 01).
No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.? (OMS, 2021, p. 01).
A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

Deve se passar de ?serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte? (OMS, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.
O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.
Verificou que ?a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo? (OMS, 1992, p. 01); afirmou que ?o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo? (OMS, 1992, p. 01).
Considerou que ?o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000? (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que ?os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva? (OMS, 1992, p. 01)..

Declarou que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais? (OMS, 1992, p. 01); que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços? (OMS, 1992, p. 01).
No Brasil, a idealização do ?Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública (Morais, 2021, p. 01).
A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.
A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-hospitalar, o tratamento comunitário; ?orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência ? grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade? (Pereira, 2021, p. 02).
Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão ?admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação? (Brasil, 1988).
Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios ?para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal? (Brasil, 1988).
O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a ?substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários? (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.
A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional.
Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente legalizadas por vários países membros da ONU: ?os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique,

a Província do Quebec, no Canadá? (Bertolote, 1994, p. 04).
Segundo o artigo a ?Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais?, uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, ?os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais? (ONU, 2023, p. 01).
A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.
O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia , como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).
A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.
Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. ?O guia ?Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática? busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade? (ONU, 2023, p. 01).
Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, ?um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área? (OMS, 2021, p. 01).
A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (OMS, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os

países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-membros da OMS e faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?. ?Os três caminhos se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.
A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.
O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda ?cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego? (OMS , 2021, p. 01).
A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.
Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, ?direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares? (OMS, 2022a, p. 01).
Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que

se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.
As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, ?a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência? (Bertolote, 1994, p. 05).
Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração dos serviços de saúde mental:
O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.
A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde ?considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências? (ONU, 2017, p. 01).

O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, ?através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ?intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes??. Com esse domínio, o tratamento focaliza ?condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.?; prepara o caminho para ?uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (ONU, 2017, p. 1).

Tudo é possível devido ao ?mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas? (ONU, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, ?apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos? (ONU, 2017, p. 02):

As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o

tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.
Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas.
Diante das precondições, as ?estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (ONU, 2017, p. 02).
As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas, totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas ?para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência?. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, ?existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (ONU, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com ?o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais? (ONU , 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.
Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que ?a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns? (OMS, 2021, p. 01).
Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, ?os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos? (OMS, 2021, p. 02). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas.
Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (OMS, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: ?cuidados de saúde mental com base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos? (OMS, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, ?análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes? (OMS, 2021, p. 01).
Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda ?rápido o suficiente [a ponto de] a história da Dévora Kestelcontinuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.? Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.
A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as ?mudanças [como] estratégicas?:

Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.
O primeiro caminho:

O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental?. Além disso, ?a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias

modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer ?redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos? (OMS, 2022a, p. 03).
Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que ?expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto? (OMS, 2022a, p. 03).
Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos, preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela ?encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás? (ONU, 2023, p. 01).
À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário , desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.
No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.
Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e ?a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes

níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.
Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs ?vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território? (Brasil, 2005, p. 16); ?surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico? (Brasil, 2005, p. 15).
Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de

modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: ?no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%? (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.
Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, ?todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano? (Brasil, 2005, p. 19).
Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. ?Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada ?deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social? (Brasil, 2005, p. 17).
O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial , é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, ?em 2003, 206 pacientes haviam sido incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, ?o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020? (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.
Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um ?crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura? (Pereira, 2021, p. 05).

Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao financiamento das entidades de interação territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do século XX e foram sinônimas de seus antigos ?tratamentos?.
Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.
Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!
No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.
Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. Guia de formatação de trabalho acadêmico. Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www .researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas _mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais . Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em:

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Disponível em: <http://www .cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto .gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS ? 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF , 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm /2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil ? Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil ? relatório final. 1992. Disponível em: https ://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs /publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809. Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal ? CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento : 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia /trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. Manifesto de Bauru. 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14. Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. A construção do SUS. 1978. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

MAD IN BRASIL. O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria. 18 jun. 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123. Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. Politize, 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental. 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades. 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental. 21 jun. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8 nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitute, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002. Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU. 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org.br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/67093. Acesso em: 8 nov. 2021.

==========

Arquivo 1: AMonografia.docx (14859 termos)
Arquivo 2:
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=403fc154adad0c3ee2a47e37f363a7fbbfc267d6a89d4081961fcd446ac7d55fJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuanVzYnJhc2lsLmNvbS5ici9sZWdpc2xhY2FvLzEwMDgxMC9sZWktMTAyMTYtMDE_bXNvY2tpZD0yOGQwNjhmNTY5MmE2YzBlMjcwZjdkYjE2OGU4NmQ2Mw&ntb=1 (8 termos)
Termos comuns: 0
Similaridade: 0,00%
O texto abaixo é o conteúdo do documento AMonografia.docx (14859 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=403fc154adad0c3ee2a47e37f363a7fbbfc267d6a89d4081961fcd446ac7d55fJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuanVzYnJhc2lsLmNvbS5ici9sZWdpc2xhY2FvLzEwMDgxMC9sZWktMTAyMTYtMDE_bXNvY2tpZD0yOGQwNjhmNTY5MmE2YzBlMjcwZjdkYjE2OGU4NmQ2Mw&ntb=1 (8 termos)

==========

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA
2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA
2024.2
AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.
Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.
Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. A nova Psiquiatria brasileira: a adequação aos direitos e às

garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) ? Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. The new Brazilian Psychiatry: the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) ? Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO08
2ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA12

2.1Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira12
2.1.1Pretextos para o enclausuramento13
2.1.2Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria14
2.2Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar15
2.2.1Hospitalização psiquiátrica15
2.2.2A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria17
2.3A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria18
2.4Mudanças decorrentes da expressão das opiniões20
3ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL22
3.1Princípios para a Psiquiatria internacional22
3.2A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira27
3.2.1Congressos, conferências e leis infraconstitucionais28
3.3O tratamento psiquiátrico comunitário36
4APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA39
4.1Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução39
4.2Avanços e recuos: direitos e interesses42
4.2.1Recuos, conveniências e interesses43
4.3Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal44
4.3.1Os caminhos da Nova Psiquiatria45
4.4A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira47
4.4.1A população e a administração municipal48
4.4.2Recuos financeiros49
4.4.3Avanços extra hospitalares49
4.4.4Caminhos: de volta pra casa50
4.4.5Descaminhos: desinformação50
5CONSIDERAÇÕES FINAIS52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.
A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.
Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas

que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.

A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.

Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam , a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.

Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.

A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.

As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.

Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.

A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.

Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços , os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.

São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.

O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.
O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.
O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional; a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o tratamento psiquiátrico comunitário.
O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.
A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica. A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.
O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.
A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria , os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito .

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado

não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.
As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o ?tratamento? na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de ?tratamento? tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.
Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os ?doentes? eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura .

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 03).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.
Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. ?A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa

Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ?casinha de doudos?? (Zizler, 2019, p. 01).
Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.
Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro ?depósito de gente?, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, ?desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos? (Arbex, 2016, p. 04)
Dos pretextos para as internações, o ?tratamento? médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, ?era tudo desumano e ineficaz?. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo ? e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p . 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.
A existência dos ?hospitais? psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes.
Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.
O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.
No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um ?cabide de emprego?. No hospital Colônia, ?mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ?nasceram? junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral? (Arbex, 2016, p. 31).
Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de ?tratamento? médico da maneira não convencional, nem confessável.
A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando ?a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841? (Arbex, 2016, p. 30).
Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, ?a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893? (Zizler, 2019, p. 03).
Já no século XX, quando os manicômios foram criados, ?os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).
Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos ?tratamentos? psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do

hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, ?não tinha formação adequada? para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha ?dos funcionários mais antigos do que ele?; ?admite que o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações? (Zizler , 2019, p. 04).
A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. ?Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste? (Arbex, 2016, p. 37).
Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os primeiros tempos. ?Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento, apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa? (Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do ?tratamento? hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.
Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram ?tratados?. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.
O ?tratamento? médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que ?a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município?. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, ?recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas? (Arbex, 2016, p. 35).
Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. ?A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso? (Arbex, 2016, p. 36).
Ainda mais particularmente, ?além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura? (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.
As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que ?desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas , mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil? (Arbex, 2016, p. 25).
A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.
A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.
No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que ?adota o lema ?Por uma sociedade sem manicômios?? (Brasil, 2005, p. 07).
Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços

dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).

No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. ?Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças ? ?contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática?, dizia ele? (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido ?um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos ? (Arbex, 2016, p. 104).
Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em ?cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental? (Arbex, 2016, p. 106).
De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano. Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para passarem algumas horas. ? vocês vão morar aqui ? dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, ?- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário? (Arbex, 2016, p. 107).
Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira a lhe chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.
Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.
Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes , humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A ?motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio? (Arbex, 2016, p. 109).
É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.
A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.

As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (OMS, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de ?discriminação?, em suas diversas formas, pretextos, de marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (OMS, 1991, p. 01).
Prossegue:

Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (OMS, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. ?A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.?
Para o secretário-geral da ONU, ?é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.? Também devem ser combatidos ?o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,? a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.
O especialista da OMS também observou que ?a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ?como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração? (ONU, 2023, p. 02).
O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ?apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis

e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02)
Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: ?mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02).
Os dados de escassez aumentam com a pobreza: ?o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda.? Da mesma forma, ?enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda? (OMS, 2022a, p. 02).
A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento no texto sobre os ?Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental?, a Resolução da ONU de 1991, e em outros textos, que foram criados para fazerem a afirmação da saúde mental.
Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.
No princípio número 1, pag.2, sobre ?LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS?, contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre ?VIDA NA COMUNIDADE?, diz que ?toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade.?
O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que ?todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.?
Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.
No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: ?o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente? (ONU, 2006).
Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à

discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, ?os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência? (ONU, 2006).
Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Neste Plano, a OMS ?faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:
1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental ... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades? que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. ?O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental? (OMS, 2022a, p. 01).
As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, ?quase um bilhão de pessoas ? incluindo 14% dos adolescentes do mundo ? viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade? (OMS, 2022a, p. 01).
A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.
Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. ?Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada? (OMS, 2022a, p. 01).
Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da

ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há:
Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias, programas e outras iniciativas nacionais

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a ?Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.? E assim surgiu ?o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão? (ONU, 2023, p. 01).
Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.
No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.
A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.
No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: ?a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social? (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que ?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).
São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, ?cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado? (Brasil, 1988).
As ações e serviços públicos de saúde integram:

Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!
O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.
No texto sobre ?a construção do SUS?, está escrito que o ?Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social? (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório , dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a ?Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor? (Fortes, 1978, p. 01).
Nos avanços da proposta, surgiram diversas ?organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.? Todas essas organizações ?lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais? (Fortes, 1978, p. 01).
Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.
No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Fortes, 1978, p. 01).

Os manifestantes recusaram ?o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso? (Manifesto

de Bauru, 1987, p. 01).
Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar a política do estado, vez que ?o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. ?O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os mecanismos de opressão social. ?A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres , a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.
A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, ?contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre ?Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental? falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (OMS, 1987, p. 11).

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui . Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.
No tema sobre ?Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental? seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram ?princípios gerais?. No princípio geral número 1 se disse:

[à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (OMS, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava , diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária. Nada se disse sobre os orçamentos públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.
Para a Conferência não ser dada por perdida, os ?princípios básicos? foram mais específicos. O princípio básico número 1 disse:

As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.
Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que a ?atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental? (Brasil, 1992, p. 06).
O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.
O momento político havia mudado e se falou na ?democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental? (Brasil, 1992, p. 06).
A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. ?Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde? (OMS, 1992, p. 01).
O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e do II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs ?a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país? (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.
A Lei Federal 10.216/2001 ?redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais? (Brasil, 2005, p. 07).

Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.
Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
A internação compulsória é ?determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários? (Brasil, 2001).
A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios),

desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preceitua: Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave. e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só , não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, ?a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992? (Brasil, 2005, p. 17).
Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.
O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago a seu representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.
A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:
DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA . INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.

1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do programa.
2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão proferida.
4. Apelação desprovida.
Acórdão
A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e ?deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar? (Brasil, 2004, p. 01):

A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, ?é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social? (Brasil, 2004, p. 01).
A jurisprudência não interferiu na Administração pública na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:
Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE

A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria , universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.
Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: ?reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.? (OMS, 2022b, p. 01).
No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.? (OMS, 2021, p. 01).
A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

Deve se passar de ?serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte? (OMS, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.
O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.
Verificou que ?a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo? (OMS, 1992, p. 01); afirmou que ?o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo? (OMS, 1992, p. 01).
Considerou que ?o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000? (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que ?os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva? (OMS, 1992, p. 01)..

Declarou que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais? (OMS, 1992, p. 01); que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços? (OMS, 1992, p. 01).
No Brasil, a idealização do ?Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública (Morais, 2021, p. 01).
A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.
A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-hospitalar, o tratamento comunitário; ?orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência ? grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade? (Pereira, 2021, p. 02).
Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão ?admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação? (Brasil, 1988).
Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios ?para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal? (Brasil, 1988).
O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a ?substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários? (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.
A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional.
Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente legalizadas por vários países membros da ONU: ?os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique,

a Província do Quebec, no Canadá? (Bertolote, 1994, p. 04).
Segundo o artigo a ?Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais?, uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, ?os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais? (ONU, 2023, p. 01).
A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.
O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia , como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).
A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.
Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. ?O guia ?Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática? busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade? (ONU, 2023, p. 01).
Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, ?um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área? (OMS, 2021, p. 01).
A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (OMS, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os

países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-membros da OMS e faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?. ?Os três caminhos se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.
A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.
O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda ?cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego? (OMS , 2021, p. 01).
A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.
Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, ?direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares? (OMS, 2022a, p. 01).
Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que

se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.
As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, ?a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência? (Bertolote, 1994, p. 05).
Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração dos serviços de saúde mental:
O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.
A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde ?considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências? (ONU, 2017, p. 01).

O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, ?através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ?intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes??. Com esse domínio, o tratamento focaliza ?condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.?; prepara o caminho para ?uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (ONU, 2017, p. 1).

Tudo é possível devido ao ?mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas? (ONU, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, ?apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos? (ONU, 2017, p. 02):

As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o

tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.
Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas.
Diante das precondições, as ?estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (ONU, 2017, p. 02).
As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas, totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas ?para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência?. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, ?existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (ONU, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com ?o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais? (ONU , 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.
Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que ?a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns? (OMS, 2021, p. 01).
Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, ?os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos? (OMS, 2021, p. 02). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas.
Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (OMS, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: ?cuidados de saúde mental com base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos? (OMS, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, ?análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes? (OMS, 2021, p. 01).
Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda ?rápido o suficiente [a ponto de] a história da Dévora Kestelcontinuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.? Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.
A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as ?mudanças [como] estratégicas?:

Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.
O primeiro caminho:

O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental?. Além disso, ?a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias

modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer ?redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos? (OMS, 2022a, p. 03).
Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que ?expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto? (OMS, 2022a, p. 03).
Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos, preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela ?encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás? (ONU, 2023, p. 01).
À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário , desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.
No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.
Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e ?a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes

níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.
Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs ?vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território? (Brasil, 2005, p. 16); ?surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico? (Brasil, 2005, p. 15).
Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de

modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: ?no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%? (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.
Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, ?todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano? (Brasil, 2005, p. 19).
Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. ?Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada ?deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social? (Brasil, 2005, p. 17).
O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial , é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, ?em 2003, 206 pacientes haviam sido incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, ?o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020? (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.
Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um ?crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura? (Pereira, 2021, p. 05).

Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao financiamento das entidades de interação territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do século XX e foram sinônimas de seus antigos ?tratamentos?.
Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.
Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!
No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.
Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. Guia de formatação de trabalho acadêmico. Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www .researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas _mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais . Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em:

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Disponível em: <http://www .cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto .gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS ? 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF , 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm /2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil ? Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil ? relatório final. 1992. Disponível em: https ://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs /publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809. Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal ? CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento : 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia /trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. Manifesto de Bauru. 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14. Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. A construção do SUS. 1978. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

MAD IN BRASIL. O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria. 18 jun. 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123. Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. Politize, 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental. 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades. 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental. 21 jun. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8 nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitute, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002. Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU. 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org.br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/67093. Acesso em: 8 nov. 2021.

==========

Arquivo 1: AMonografia.docx (14859 termos)
Arquivo 2:
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=341d27e22a4afabe5e77756226e9217bc1e4228fad345f13e80c73eedc9e22cfJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cyLmNhbWFyYS5sZWcuYnIvbGVnaW4vZmVkL2xlaS8yMDAxL2xlaS0xMDIxNi02LWFicmlsLTIwMDEtMzY0NDU4LXB1YmxpY2FjYW9vcmlnaW5hbC0xLXBsLmh0bWw&ntb=1 (8 termos)
Termos comuns: 0
Similaridade: 0,00%
O texto abaixo é o conteúdo do documento AMonografia.docx (14859 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=341d27e22a4afabe5e77756226e9217bc1e4228fad345f13e80c73eedc9e22cfJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cyLmNhbWFyYS5sZWcuYnIvbGVnaW4vZmVkL2xlaS8yMDAxL2xlaS0xMDIxNi02LWFicmlsLTIwMDEtMzY0NDU4LXB1YmxpY2FjYW9vcmlnaW5hbC0xLXBsLmh0bWw&ntb=1 (8 termos)

==========

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA
2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA
2024.2
AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.
Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.
Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. A nova Psiquiatria brasileira: a adequação aos direitos e às

garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) ? Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. The new Brazilian Psychiatry: the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) ? Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO08
2ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA12

2.1Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira12
2.1.1Pretextos para o enclausuramento13
2.1.2Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria14
2.2Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar15
2.2.1Hospitalização psiquiátrica15
2.2.2A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria17
2.3A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria18
2.4Mudanças decorrentes da expressão das opiniões20
3ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL22
3.1Princípios para a Psiquiatria internacional22
3.2A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira27
3.2.1Congressos, conferências e leis infraconstitucionais28
3.3O tratamento psiquiátrico comunitário36
4APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA39
4.1Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução39
4.2Avanços e recuos: direitos e interesses42
4.2.1Recuos, conveniências e interesses43
4.3Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal44
4.3.1Os caminhos da Nova Psiquiatria45
4.4A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira47
4.4.1A população e a administração municipal48
4.4.2Recuos financeiros49
4.4.3Avanços extra hospitalares49
4.4.4Caminhos: de volta pra casa50
4.4.5Descaminhos: desinformação50
5CONSIDERAÇÕES FINAIS52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.
A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.
Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas

que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.

A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.

Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam , a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.

Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.

A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.

As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.

Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.

A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.

Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços , os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.

São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.

O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.
O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.
O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional; a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o tratamento psiquiátrico comunitário.
O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.
A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica. A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.
O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.
A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria , os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito .

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado

não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.
As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o ?tratamento? na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de ?tratamento? tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.
Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os ?doentes? eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura .

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 03).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.
Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. ?A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa

Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ?casinha de doudos?? (Zizler, 2019, p. 01).
Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.
Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro ?depósito de gente?, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, ?desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos? (Arbex, 2016, p. 04)
Dos pretextos para as internações, o ?tratamento? médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, ?era tudo desumano e ineficaz?. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo ? e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p . 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.
A existência dos ?hospitais? psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes.
Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.
O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.
No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um ?cabide de emprego?. No hospital Colônia, ?mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ?nasceram? junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral? (Arbex, 2016, p. 31).
Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de ?tratamento? médico da maneira não convencional, nem confessável.
A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando ?a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841? (Arbex, 2016, p. 30).
Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, ?a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893? (Zizler, 2019, p. 03).
Já no século XX, quando os manicômios foram criados, ?os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).
Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos ?tratamentos? psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do

hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, ?não tinha formação adequada? para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha ?dos funcionários mais antigos do que ele?; ?admite que o tratamento de choque e o uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações? (Zizler , 2019, p. 04).
A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. ?Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste? (Arbex, 2016, p. 37).
Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os primeiros tempos. ?Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento, apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa? (Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do ?tratamento? hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.
Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram ?tratados?. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.
O ?tratamento? médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que ?a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município?. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, ?recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas? (Arbex, 2016, p. 35).
Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. ?A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso? (Arbex, 2016, p. 36).
Ainda mais particularmente, ?além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura? (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.
As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que ?desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas , mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil? (Arbex, 2016, p. 25).
A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.
A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.
No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que ?adota o lema ?Por uma sociedade sem manicômios?? (Brasil, 2005, p. 07).
Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços

dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).

No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. ?Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças ? ?contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática?, dizia ele? (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido ?um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos ? (Arbex, 2016, p. 104).
Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em ?cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental? (Arbex, 2016, p. 106).
De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano. Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para passarem algumas horas. ? vocês vão morar aqui ? dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, ?- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário? (Arbex, 2016, p. 107).
Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira a lhe chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.
Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.
Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes , humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A ?motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio? (Arbex, 2016, p. 109).
É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.
A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.

As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (OMS, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de ?discriminação?, em suas diversas formas, pretextos, de marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (OMS, 1991, p. 01).
Prossegue:

Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (OMS, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. ?A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.?
Para o secretário-geral da ONU, ?é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.? Também devem ser combatidos ?o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,? a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.
O especialista da OMS também observou que ?a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ?como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração? (ONU, 2023, p. 02).
O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ?apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis

e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02)
Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: ?mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02).
Os dados de escassez aumentam com a pobreza: ?o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda.? Da mesma forma, ?enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda? (OMS, 2022a, p. 02).
A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento no texto sobre os ?Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental?, a Resolução da ONU de 1991, e em outros textos, que foram criados para fazerem a afirmação da saúde mental.
Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.
No princípio número 1, pag.2, sobre ?LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS?, contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre ?VIDA NA COMUNIDADE?, diz que ?toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade.?
O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que ?todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.?
Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.
No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: ?o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente? (ONU, 2006).
Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à

discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, ?os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência? (ONU, 2006).
Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Neste Plano, a OMS ?faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:
1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental ... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades? que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. ?O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental? (OMS, 2022a, p. 01).
As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, ?quase um bilhão de pessoas ? incluindo 14% dos adolescentes do mundo ? viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade? (OMS, 2022a, p. 01).
A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.
Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. ?Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada? (OMS, 2022a, p. 01).
Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da

ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há:
Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias, programas e outras iniciativas nacionais

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a ?Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.? E assim surgiu ?o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão? (ONU, 2023, p. 01).
Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.
No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.
A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.
No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: ?a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social? (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que ?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).
São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, ?cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado? (Brasil, 1988).
As ações e serviços públicos de saúde integram:

Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!
O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.
No texto sobre ?a construção do SUS?, está escrito que o ?Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social? (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório , dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a ?Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor? (Fortes, 1978, p. 01).
Nos avanços da proposta, surgiram diversas ?organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.? Todas essas organizações ?lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais? (Fortes, 1978, p. 01).
Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.
No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Fortes, 1978, p. 01).

Os manifestantes recusaram ?o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso? (Manifesto

de Bauru, 1987, p. 01).
Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar a política do estado, vez que ?o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. ?O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os mecanismos de opressão social. ?A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres , a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.
A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, ?contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre ?Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental? falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (OMS, 1987, p. 11).

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui . Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.
No tema sobre ?Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental? seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram ?princípios gerais?. No princípio geral número 1 se disse:

[à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (OMS, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava , diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária. Nada se disse sobre os orçamentos públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.
Para a Conferência não ser dada por perdida, os ?princípios básicos? foram mais específicos. O princípio básico número 1 disse:

As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.
Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que a ?atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental? (Brasil, 1992, p. 06).
O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.
O momento político havia mudado e se falou na ?democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental? (Brasil, 1992, p. 06).
A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. ?Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde? (OMS, 1992, p. 01).
O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e do II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs ?a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país? (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.
A Lei Federal 10.216/2001 ?redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais? (Brasil, 2005, p. 07).

Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.
Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
A internação compulsória é ?determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários? (Brasil, 2001).
A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios),

desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, preceitua: Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave. e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só , não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, ?a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992? (Brasil, 2005, p. 17).
Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.
O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago a seu representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.
A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:
DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA . INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.

1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do programa.
2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão proferida.
4. Apelação desprovida.
Acórdão
A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e ?deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar? (Brasil, 2004, p. 01):

A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, ?é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social? (Brasil, 2004, p. 01).
A jurisprudência não interferiu na Administração pública na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:
Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE

A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria , universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.
Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: ?reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.? (OMS, 2022b, p. 01).
No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.? (OMS, 2021, p. 01).
A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

Deve se passar de ?serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte? (OMS, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.
O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.
Verificou que ?a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo? (OMS, 1992, p. 01); afirmou que ?o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo? (OMS, 1992, p. 01).
Considerou que ?o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000? (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que ?os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva? (OMS, 1992, p. 01)..

Declarou que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais? (OMS, 1992, p. 01); que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços? (OMS, 1992, p. 01).
No Brasil, a idealização do ?Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública (Morais, 2021, p. 01).
A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.
A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-hospitalar, o tratamento comunitário; ?orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência ? grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade? (Pereira, 2021, p. 02).
Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão ?admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação? (Brasil, 1988).
Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios ?para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal? (Brasil, 1988).
O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a ?substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários? (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.
A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional.
Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente legalizadas por vários países membros da ONU: ?os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique,

a Província do Quebec, no Canadá? (Bertolote, 1994, p. 04).
Segundo o artigo a ?Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais?, uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, ?os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais? (ONU, 2023, p. 01).
A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.
O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia , como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).
A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.
Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. ?O guia ?Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática? busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade? (ONU, 2023, p. 01).
Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, ?um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área? (OMS, 2021, p. 01).
A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (OMS, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os

países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-membros da OMS e faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?. ?Os três caminhos se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.
A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.
O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda ?cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego? (OMS , 2021, p. 01).
A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.
Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, ?direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares? (OMS, 2022a, p. 01).
Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que

se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.
As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, ?a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência? (Bertolote, 1994, p. 05).
Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração dos serviços de saúde mental:
O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.
A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde ?considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências? (ONU, 2017, p. 01).

O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, ?através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ?intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes??. Com esse domínio, o tratamento focaliza ?condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.?; prepara o caminho para ?uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (ONU, 2017, p. 1).

Tudo é possível devido ao ?mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas? (ONU, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, ?apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos? (ONU, 2017, p. 02):

As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o

tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.
Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas.
Diante das precondições, as ?estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (ONU, 2017, p. 02).
As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas, totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas ?para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência?. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, ?existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (ONU, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com ?o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais? (ONU , 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.
Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que ?a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns? (OMS, 2021, p. 01).
Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, ?os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos? (OMS, 2021, p. 02). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas.
Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (OMS, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: ?cuidados de saúde mental com base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos? (OMS, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, ?análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes? (OMS, 2021, p. 01).
Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda ?rápido o suficiente [a ponto de] a história da Dévora Kestelcontinuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.? Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.
A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as ?mudanças [como] estratégicas?:

Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.
O primeiro caminho:

O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental?. Além disso, ?a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias

modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer ?redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos? (OMS, 2022a, p. 03).
Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que ?expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto? (OMS, 2022a, p. 03).
Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos, preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela ?encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás? (ONU, 2023, p. 01).
À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário , desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.
No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.
Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e ?a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes

níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.
Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs ?vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território? (Brasil, 2005, p. 16); ?surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico? (Brasil, 2005, p. 15).
Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de

modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: ?no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%? (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.
Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, ?todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano? (Brasil, 2005, p. 19).
Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. ?Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada ?deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social? (Brasil, 2005, p. 17).
O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial , é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, ?em 2003, 206 pacientes haviam sido incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, ?o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020? (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.
Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um ?crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura? (Pereira, 2021, p. 05).

Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao financiamento das entidades de interação territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do século XX e foram sinônimas de seus antigos ?tratamentos?.
Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.
Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!
No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.
Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. Guia de formatação de trabalho acadêmico. Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www .researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas _mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais . Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em:

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Disponível em: <http://www .cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto .gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS ? 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF , 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm /2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil ? Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil ? relatório final. 1992. Disponível em: https ://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs /publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809. Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal ? CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento : 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia /trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO

. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. Manifesto de Bauru. 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14. Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. A construção do SUS. 1978. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

MAD IN BRASIL. O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria. 18 jun. 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123. Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. Politize, 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental. 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades. 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental. 21 jun. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8 nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitute, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002. Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU. 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org.br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/67093. Acesso em: 8 nov. 2021.

==========

Arquivo 1: AMonografia.docx (14859 termos)
Arquivo 2:
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=197dd8b98b038dcea6eeaebaca831283722ead0bcff21049fceccae368b2eedeJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuZ292LmJyL3BsYW5hbHRvL3B0LWJyL2NvbmhlY2EtYS1wcmVzaWRlbmNpYS9hY2Vydm8vbGVnaXNsYWNhbw&ntb=1 (8 termos)
Termos comuns: 0
Similaridade: 0,00%
O texto abaixo é o conteúdo do documento AMonografia.docx (14859 termos)
Os termos em vermelho foram encontrados no documento
https://www.bing.com/ck/a?!&&p=197dd8b98b038dcea6eeaebaca831283722ead0bcff21049fceccae368b2eedeJmltdHM9MTczMjY2NTYwMA&ptn=3&ver=2&hsh=4&fclid=28d068f5-692a-6c0e-270f-7db168e86d63&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuZ292LmJyL3BsYW5hbHRvL3B0LWJyL2NvbmhlY2EtYS1wcmVzaWRlbmNpYS9hY2Vydm8vbGVnaXNsYWNhbw&ntb=1 (8 termos)

==========

UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

SALVADOR-BA
2024

MIGUEL MARTINHO COELHO DE ANDRADE

A NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA: A ADEQUAÇÃO AOS DIREITOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS E SUA APLICAÇÃO PRÁTICA.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito pela Universidade Católica do Salvador.

Orientador: Profº. Aleksandro Mesquita Brasileiro.

SALVADOR-BA
2024.2
AGRADECIMENTOS

À professora Ana Cláudia Gusmão Cunha, de quem fui aluno 3 vezes, pela oportunidade dada aos alunos para escrevermos projeto e artigo, nas 2 avaliações de suas matérias.
Eu escrevi sobre Pessoas Com Deficiência (física), PCDs, e sobre Saúde Mental. Reconheci o artigo como uma literatura mais compatível com a pesquisa semestral; os projetos como os verdadeiros trabalhos da pesquisa acadêmica, que criam a pertinência do aluno com o tema; os trabalhos finais como meramente conclusivos.
Do meu terceiro par de projeto e artigo surgiu essa pesquisa. Nas matérias conclusivas do curso, Projeto de Pesquisa em Direito, PPD, e Trabalho de Conclusão do Curso, TCC, meu trabalho não foi fácil, porque nada é fácil, mas foi direto. As dificuldades iniciais, que são as maiores, estavam lá trás, no começo do caminho.

Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Miguel de Andrade.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. A nova Psiquiatria brasileira: a adequação aos direitos e às garantias fundamentais e sua aplicação prática. 2024. 56f. Monografia (Graduação em Direito) ? Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2024.

RESUMO

O presente estudo trata da nova psiquiatria no Brasil, iniciada nos anos 1970. Antes da criação da política nacional, houve a falta de política de tratamento na psiquiatria, com as antigas internações psiquiátricas sem motivos, sem diagnósticos médicos e sem procedimentos clínicos na internação e no tratamento dos pacientes; também houve as opiniões dos profissionais dessa área médico-hospitalar, expressadas na ocasião da mudança da psiquiatria. A expressão das opiniões no Brasil recebeu o acréscimo de opiniões internacionais, que provocaram as mudanças práticas de procedimentos clínicos, na detenção dos internos e no seu tratamento. Essas mudanças práticas geraram a adequação formal da nova psiquiatria ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais, mundialmente. No contexto das novas atitudes, de novos procedimentos e de adequação formal surgiu o Sistema Único de Saúde, no Brasil. Assim, as mudanças práticas ganharam ritmo, com a aplicação da nova política nacional de psiquiatria.

Palavras-chave: política de saúde mental; sistema único de saúde; hospitais psiquiátricos; desinstitucionalização; desospitalização.

ANDRADE, Miguel Martinho Coelho de. The new Brazilian Psychiatry: the adequacy to fundamental rights and guarantees and their practical application. 2024. 56f. Monograph (Undergraduate in Law) ? Catholic University of Salvador, Salvador, 2024.

ABSTRACT

The present study deals with the new psychiatry in Brazil, which began in the 1970s. Before the creation of the national policy, there was a lack of treatment policy in psychiatry, with the old psychiatric hospitalizations without reasons, without medical diagnoses and without clinical procedures in the hospitalization and treatment of patients; There were also the opinions of professionals in this medical-hospital area, expressed at the time of the change in psychiatry. The expression of opinions in Brazil received the addition of international opinions, which caused practical changes in clinical procedures, in the detention of inmates and in their treatment. These practical changes generated the formal adaptation of the new psychiatry to Constitutional Law, to Fundamental Rights and Guarantees, worldwide. In the context of new attitudes, new procedures and formal adaptation, the Unified Health System emerged in Brazil. Thus, practical changes gained pace, with the application of the new national policy on psychiatry.

Keywords: mental health policy; unified health system; psychiatric hospitals; deinstitutionalization; dehospitalization.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO08
2ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA12
2.1Pretextos e conveniências na detenção dos internos da psiquiatria brasileira12
2.1.1Pretextos para o enclausuramento13

2.1.2Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria14
2.2Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar15
2.2.1Hospitalização psiquiátrica15
2.2.2A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria17
2.3A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria18
2.4Mudanças decorrentes da expressão das opiniões20
3ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL22
3.1Princípios para a Psiquiatria internacional22
3.2A constitucionalização da nova Psiquiatria brasileira27
3.2.1Congressos, conferências e leis infraconstitucionais28
3.3O tratamento psiquiátrico comunitário36
4APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA39
4.1Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução39
4.2Avanços e recuos: direitos e interesses42
4.2.1Recuos, conveniências e interesses43
4.3Descaminhos e caminhos da nova Psiquiatria, a prática da adequação legal44
4.3.1Os caminhos da Nova Psiquiatria45
4.4A aplicação prática da Política Nacional da Psiquiatria brasileira47
4.4.1A população e a administração municipal48
4.4.2Recuos financeiros49
4.4.3Avanços extra hospitalares49
4.4.4Caminhos: de volta pra casa50
4.4.5Descaminhos: desinformação50
5CONSIDERAÇÕES FINAIS52
REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

A nova psiquiatria brasileira, a política psiquiátrica, a saúde mental, a forma atual do tratamento psiquiátrico na saúde pública, iniciada no final da década de 1970, merece um estudo para entendermos a motivação de sua existência, a adequação legal, a aplicação prática e a sua situação atual.
A psiquiatria é um ramo da profissão médica; no Brasil, atende pessoas de várias idades e de ambos os sexos com problemas mentais e com vícios em bebidas alcoólicas e em entorpecentes. Os pacientes da psiquiatria eram pessoas muitas vezes sem diagnósticos médicos: esposas cujos maridos queriam se casar outra vez; filhas grávidas fora de casamento; filhas que queriam receber igual aos irmãos, na fazenda do pai; filhos que não se pareciam com os irmãos; detentos de estabelecimentos policiais, cujo delegado despachava ao diretor do hospital para deter outra vez o antigo presidiário.
Os antigos tratamentos médico-hospitalar psiquiátricos foram a clausura cujas motivações e cujos procedimentos clínicos eram estranhos às necessidades de quem precisava do tratamento psiquiátrico. Entre os procedimentos estavam: choques elétricos, sessões de calor alternadas com as de frio; práticas que sequer eram tratamento médico, eram descuidos; falta de médicos e de enfermeiros, presença de mão de obra que não era técnica, tudo o que merece ser chamado de falta de tratamento adequado nos

antigos manicômios, os hospitais psiquiátricos, onde o funcionamento era rudimentar, inconfessável e transformava os pacientes em vítimas, detentos, dos lugares onde estavam.
A convivência no ambiente desses antigos hospitais também foi motivo de críticas. As condições sanitárias formaram opinião nos profissionais da psiquiatria, que entenderam que aquelas práticas não eram procedimentos clínicos idôneos, eram a falta de procedimento padrão, de regras legais ou administrativas e foram o motivo da Reforma Sanitária e da consecutiva Reforma Psiquiátrica, nos anos 1970.
Juntamente com essas opiniões impostas pelo tempo e pela repetição de procedimentos que não curavam , a hospitalização e a institucionalização dos pacientes, as visitas de profissionais estrangeiros, de países onde os procedimentos da psiquiatria haviam mudado, como o médico italiano Franco Basaglia, motivaram as mudanças na psiquiatria brasileira. As primeiras mudanças foram práticas.
Posteriormente, as mudanças decorrentes das críticas dos profissionais da psiquiatria nacional e das opiniões de médicos renomados internacionalmente foram sucedidas pela adequação formal do novo tratamento psiquiátrico no Brasil. Depois, as novas regras formais também foram aplicadas.
A política nacional da psiquiatria brasileira foi adequada formalmente ao Direito Constitucional e aos Direitos e Garantias Fundamentais. Embora siga o Direito constituído da própria época, o novo tratamento psiquiátrico brasileiro, inicialmente, não seguiu resoluções internacionais anteriores nem posteriores à criação da Organização das Nações Unidas, ONU, sobre a psiquiatria.
As regras internacionais da ONU não existiam, no final dos anos 1970, para a o segmento médico da psiquiatria. Até os anos 1990, o referido órgão internacional, que criou o contexto dos direitos humanos, da dignidade da pessoa humana, para ser cumprido pelos países membros, sobre vários outros temas, faltou nesse tema doloroso, frequente, comum a toda a espécie humana.
Das críticas dos profissionais da psiquiatria e das práticas de novas formas de tratamento psiquiátrico, a opinião alçou vôo ao Direito Constitucional brasileiro, em 1988. Nesta data, foi promulgada a Constituição cidadã, em que consta o Sistema Único de Saúde, SUS, que torna a saúde pública em geral e a política nacional de psiquiatria em particular tão sistemática quanto única, na imensidão do Brasil.
A aplicação das regras formais significa a desospitalização, a desinstitucionalização dos antigos detentos dos antigos ambientes psiquiátricos e sua reintegração social, que é o tratamento comunitário. O tratamento psiquiátrico hospitalar não deixou de existir, mas foi oposto ao tratamento psiquiátrico comunitário. Por este novo tratamento, o paciente é reintegrado à vida comunitária. A reintegração é feita através de novas instituições de tratamento e reintegração, como os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, cujo modelo original é estrangeiro, italiano, e que foi adaptado à realidade brasileira.
Nada termina em leis nem no começo de sua operacionalização. Com os organismos da saúde pública, substitutos dos antigos hospitais psiquiátricos, CAPs, NAPs, Hospitais dia, decorre o efeito da aplicação da nova psiquiatria, inevitavelmente. Esse efeito é citado nesse estudo, com toda a dificuldade, os percalços , os recuos, os descaminhos, a permanência de conveniências anteriores à nova psiquiatria, que acompanham as mudanças de qualquer atividade na espécie humana.
São objetivos desse estudo: descrever os antecedentes da nova psiquiatria brasileira e as críticas a esses antecedentes, que causaram a formação da atual política nacional da psiquiatria brasileira; analisar a adequação legal da nova política nacional da psiquiatria, o surgimento do SUS e das leis infraconstitucionais posteriores; entender a aplicação das leis, que norteiam a nova psiquiatria e cuja prática fomenta a formalização de novas regras. O segundo e o terceiro objetivos são contextualizados internacionalmente.
O cumprimento desses objetivos tem 3 Capítulos e suas divisões.
O primeiro Capítulo discorre sobre antecedentes da nova psiquiatria brasileira; pretextos e conveniências

na detenção dos internos da psiquiatria brasileira; pretextos para o enclausuramento; conveniências da permanência dos pacientes na psiquiatria; hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar; hospitalização psiquiátrica; a institucionalização dos pacientes da psiquiatria; a passagem do tempo e a opinião de profissionais da psiquiatria; mudanças decorrentes da expressão das opiniões.
O segundo Capítulo discorre sobre adequação da política da psiquiatria aos direitos humanos, aos princípios e às garantias fundamentais, ao direito constitucional; princípios para a psiquiatria internacional; a constitucionalização da nova psiquiatria brasileira; congressos, conferências e leis infraconstitucionais; o tratamento psiquiátrico comunitário.
O terceiro Capítulo discorre sobre a aplicação prática da legislação da nova psiquiatria; doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução; avanços e recuos: direitos e interesses; recuos, conveniências e interesses; descaminhos e caminhos da nova psiquiatria, a prática da adequação legal; os caminhos da nova psiquiatria; a aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira; a população e a administração municipal; recuos financeiros; avanços extra hospitalares; caminhos: de volta pra casa; descaminhos: desinformação.
A pesquisa da matéria teórica será bibliográfica, elaborada com material publicado na internet e em livros, dentre outras fontes; também se trata de pesquisa documental, elaborada com material que não recebeu tratamento analítico, sobretudo o que discorre sobre os dois primeiros objetivos gerais, nos dois primeiros capítulos, sobre o surgimento da Política Nacional Psiquiátrica e sobre sua adequação jurídica. A falta do tratamento analítico das referências faz essa pesquisa bibliográfica ser qualificativa.
O método a ser usado é o hipotético-dedutivo. As hipóteses serão submetidas ao método do falseamento, para serem testadas e confirmadas ou não. Isso será feito com pesquisas de campo, visitas a lugares onde se operam as metodologias dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPs, dos Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPs e dos hospitais-dia, dentre as demais formas de ressocialização dos pacientes da psiquiatria na vigência da Política Nacional da Psiquiatria, sobretudo para discorrer sobre o terceiro objetivo geral no terceiro Ítem, que é sobre a aplicação prática das mudanças instituídas por lei desde a publicação das leis até a atual situação prática e financeira da política nacional psiquiátrica.
A relevância do desenvolvimento desse tema é dar importância a um seguimento social que normalmente é marginalizado, que não deixa de existir por causa da sua marginalização e cujos interessados não podem procurar seus direitos pessoalmente. As pessoas próximas, familiares, dos pacientes da psiquiatria , os tratavam como estorvos e queriam se livrar de seus entes. E sequer os direitos humanos motivaram regras internacionais do respectivo organismo criador desses direitos. As mudanças não surgiram da afeição de quem as criou, mas do profissionalismo das pessoas mais próximas ao sofrimento dos pacientes da psiquiatria, profissionais do atendimento médico hospitalar psiquiátrico, que foram os artífices das mudanças em curso. Conhecer essas mudanças serve para entendermos o que mais precisa ser feito .

2 ANTECEDENTES DA NOVA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

A saúde pública do Brasil, até o surgimento do SUS, não foi sistemática nem única, mas o tratamento dado por familiares, autoridades e outras pessoas relacionadas a doentes mentais tinha aspectos em comum. Inicialmente, a psiquiatria ainda não era desenvolvida para cuidar do próprio paciente; o Estado não estava preparado para amparar este paciente com regras legais que delimitassem o que podia ou devia ser feito, nem o que não podia nem devia.

As formas de tratamento psiquiátrico eram o desconhecimento de um tratamento adequado aos pacientes da psiquiatria, que era seguido pela falta de material, de profissionais, de ambiente adequado, de tudo o que era necessário para o tratamento psiquiátrico. Assim, o descuido, a falta de profissionalismo e a perversidade de pessoas contra o semelhante indefeso pautaram as internações de pacientes e o ?tratamento? na psiquiatria. Os procedimentos de tratamento resultaram em torturas, privações, maus tratos. Os lugares de ?tratamento? tornaram-se depósitos humanos. O resultado das internações era muitas vezes o adoecimento, a piora do paciente.
Pode-se afirmar que o que surgiu no final do século XX, com as regras legais editadas pelo Estado, a Política Psiquiátrica, não é nova, é a primeira; a Nova Psiquiatria é substituta da anterior; a Saúde Mental foi criada no lugar da doença.

2.1 Pretextos e conveniências na detenção dos internos da Psiquiatria brasileira

Os autores das crônicas da psiquiatria são unânimes em afirmarem que o paciente dessa área médica muitas vezes nem diagnóstico psiquiátrico tinha. Eram pessoas incomodas a outras por vários motivos e sua exclusão da vida na sociedade interessava a alguém. Os ?doentes? eram pessoas que incomodavam e se tornavam socialmente inadequados. Não eram muitas vezes doentes. Mas foram todos pacientes que foram tratados como doentes, sendo banidos do convívio público. O local do banimento era uma clausura .

2.1.1 Pretextos para o enclausuramento

No Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, que foi o cenário do que se chamou holocausto brasileiro:

Cerca de 70% [dos pacientes] não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (Arbex, 2016, p. 03).

Antes da existência dos primeiros manicômios no Brasil, que foram criados nos anos 1940, os doentes mentais que divagassem pelas ruas das cidades eram encarcerados literalmente, na cadeia pública. Inicialmente privados da liberdade, os doentes mentais eram isolados de tudo e de todos. Não tinham alimentação, roupas, água, higiene, não viviam em situações próprias à vida. A penalização dos pacientes dos hospícios chegava à morte.
Toda a falta de critérios e de motivos foi uma realidade que cruzou os séculos, para se fazer o encarceramento de pacientes da psiquiatria. ?A partir do século XVIII já se tinha notícia de que a Santa Casa da Bahia reservava acomodações para doentes mentais e que esses espaços eram conhecidos como ?casinha de doudos?? (Zizler, 2019, p. 01).

Além disso, havia entre doentes as diferenças sobre suas condições materiais. Os doentes de famílias pobres eram encarcerados na cadeia pública em condições que não se referiam a um tratamento psiquiátrico. Os doentes de famílias ricas eram escondidos em casa pela família.
Em qualquer caso, várias vezes, o paciente era encarcerado literalmente, até ser excluído socialmente; o interessado em sua exclusão do convívio muitas vezes era seu familiar:

O alienado não era o centro do problema, onde deveriam se concentrar esforços para a cura, mas sim a família do mesmo e a comunidade em que este vivia. Ao sair do convívio social ele [o doente] deixava de ser um estorvo e assim era facilmente esquecido. De tal forma, ao sair da cadeia pública ele foi levado a um outro ?depósito de gente?, de onde quase nunca saía curado ou melhorado (Zizler, 2019, p. 04)

Nos procedimentos médicos para as internações de doentes sem diagnósticos, ?desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive diagnósticos? (Arbex, 2016, p. 04)
Dos pretextos para as internações, o ?tratamento? médico, às convivências nos lugares do encarceramento dos pacientes da psiquiatria tudo era consecutivo. Nada era descompassado, fora de contexto. Nos depósitos humanos para onde foram levados os pacientes da psiquiatria, o tratamento decorria sem terapia ocupacional, sem as medicações contemporâneas, sem psicoterapia e em condições precárias, ?era tudo desumano e ineficaz?. Nestas condições não condizentes com as necessidades humanas, a taxa de óbitos era alta:

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos... Alguns não alcançavam as manhãs. Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo ? e também de invisibilidade. Ao morrer davam lucro (Arbex, 2016, p . 14).

2.1.2 Conveniências da permanência dos pacientes na Psiquiatria

A conveniência de familiares causava a internação hospitalar do doente mental, a falta de regras legais liberava as pessoas à prática das atrocidades da psiquiatria, além disso havia outras conveniências.
A existência dos ?hospitais? psiquiátricos inclui as verbas públicas pagas pelo Estado e o comércio de corpos ou partes de corpos humanos de pacientes que morriam internados e esquecidos por seus entes. Antes mesmo dos primeiros manicômios surgirem no Brasil, as associações religiosas, Santas Casas de Misericórdia, cumpriam um papel com relação aos doentes mentais no Brasil inteiro, estavam sob a jurisdição dos respectivos governos provinciais aos quais prestavam contas do funcionamento dos estabelecimentos que lhes pertenciam e de suas atividades filantrópicas. Em contrapartida, as mesmas recebiam subvenções dos governos.
O Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais, iniciado já no século XX, foi lugar de clausura e infelicidade que se arrastou por décadas. Já no final da existência do Hospital Colônia:

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, 2016, p. 14).

Tal genocídio cometido por uma instituição pública do Estado brasileiro teve a conivência de médicos, de funcionários e também da sociedade. Se pessoas lúcidas se encontravam no lugar e outras faziam visitas, qualquer uma delas poderia denunciar os acontecimentos mais dolorosos. Mas foram coniventes. No período em que terminaram as ocorrências dos fatos do Hospital Colônia, o governo federal era uma ditadura militar e censurava a expressão, mas não a impedia inteiramente.
No seio da sociedade também havia o serviço público por indicação, sem concurso. Um hospital público era um ?cabide de emprego?. No hospital Colônia, ?mesmo com baixíssimo nível de escolaridade, os barbacenenses trocavam postos de trabalho por votos. Muitos coronéis da política mineira ?nasceram? junto com o Colônia, transformando o hospital em grande curral eleitoral? (Arbex, 2016, p. 31).
Portanto, a ciência psiquiátrica e a política assistencial no Brasil andaram em descompasso desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas. Os últimos manicômios também tinham grande precariedade de várias formas. Isso redundava na violação aos direitos humanos dos detentos. E certamente na violação a todos os direitos e garantias fundamentais.

2.2 Hospitalização e institucionalização do interno: o ?tratamento? médico psiquiátrico e a convivência hospitalar

Hospitalizar o paciente, em um tipo de tratamento que ainda existe, já foi uma prática sinônima de institucionalizar o paciente. Entretanto, ambos os conceitos têm significados diferentes. Os hospitais psiquiátricos que existem atualmente devem cumprir as regras legais da política psiquiátrica, antônimas da institucionalização.

2.2.1 Hospitalização psiquiátrica

A hospitalização, a detenção de internos em hospitais, na psiquiatria era seguida de ?tratamento? médico da maneira não convencional, nem confessável.
A psiquiatria se constituiu no Brasil no início do Século XIX, quando ?a assistência aos alienados ainda era algo incipiente no país, que teve o seu primeiro hospício, o Pedro II, instituído por decreto em 1841? (Arbex, 2016, p. 30).
Ao tratamento médico às vezes faltavam nada menos que os médicos. No Pedro II, por exemplo, ?a intervenção médica somente passaria a ser observada no Hospício da capital paulista depois de mais de 40 anos da sua fundação, marcada com a entrada de Franco da Rocha em seu corpo Clínico, em 1893? (Zizler, 2019, p. 03).
Já no século XX, quando os manicômios foram criados, ?os primeiros manicômios no Brasil tinham grande precariedade de várias formas: falta de pessoal [qualificado], edifícios inadequados, falta de médicos, falta de higiene, superlotação etc. Os autores relatam também a falta de vagas [para internação]. (Zizler, 2019, p. 04).
Outros profissionais com formação adequada para a aplicação dos ?tratamentos? psiquiátricos também faltavam; eram improvisados, criados na rotina dos hospitais onde trabalhavam. O ex-funcionário do hospital Colônia, Geraldo Magela Franco, ?não tinha formação adequada? para lidar com os pacientes, aprendeu na cartilha ?dos funcionários mais antigos do que ele?; ?admite que o tratamento de choque e o

uso de medicações nem sempre tinham finalidades terapêuticas, mas de contenção e intimidações? (Zizler , 2019, p. 04).
A ex-funcionária, Francisca Moreira dos Reis, da cozinha, era uma candidata à vaga de atendente de enfermagem em 1979. ?Não sabia como iria reagir na hora das descargas [elétricas]. Decidiu que assistiria às colegas na prova prática, para, depois, iniciar o teste? (Arbex, 2016, p. 37).
Portanto, sem os responsáveis mais específicos, o hospital teve a sua finalidade deturpada desde os primeiros tempos. ?Já em 1914, há registros de queixas sobre as condições inadequadas de atendimento, apesar das constantes liberações de suplementos de créditos aprovados pela Assembleia Legislativa? (Arbex, 2016, p. 30).

2.2.2 A institucionalização dos pacientes da Psiquiatria

O fato do ?tratamento? hospitalar ser feito sem médicos, de não ser convencional e de ser inconfessável dava à convivência hospitalar a característica de institucionalização dos pacientes.
Inicialmente, os pacientes eram internos, residiam nos hospitais onde eram ?tratados?. Depois, decorria a institucionalização: o convívio do interno do hospital psiquiátrico, que só terminava com a morte e que tornava sua existência própria daquele ambiente, sem paralelo fora de lá, com sinônimos de desumanidade, para retirar vínculos do paciente com a sociedade e impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida.
O ?tratamento? médico era com sessões de calor e de frio e com descargas elétricas. Os eletrochoques eram tantos e tão fortes que ?a sobrecarga derrubava a rede [elétrica] do município?. O ex-interno do Hospital Colônia, Antônio Gomes da Silva, ?recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colada à força entre os lábios... durante as descargas elétricas? (Arbex, 2016, p. 35).
Particularmente, a eletroconvulsoterapia, para tratamento de doenças mentais, é usada desde o começo do século XX, mas seu uso foi muito controverso. ?A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo usada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso? (Arbex, 2016, p. 36).
Ainda mais particularmente, ?além da anestesia, a utilização de relaxantes musculares ameniza as convulsões, mas nem sempre foi assim. No Colônia, o choque era aplicado a seco e tinha características semelhantes à tortura? (Arbex, 2016, p. 36). Esses fenômenos foram vividos pelos pacientes e testemunhados pelos profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos.
As vidas e expectativas dos pacientes eram reduzidas a muito pouco:

Os recém-chegados à estação do Colônia eram levados para o setor de triagem. Lá, os novatos viam-se separados por sexo, idade e características físicas. Eram obrigados a entregar seus pertences, mesmo que dispusessem do mínimo, inclusive roupas e sapatos.
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 (Arbex, 2016, p. 28-29).

Quanto aos profissionais, Marlene Laureano, ao iniciar como funcionária da limpeza, faxineira do Colônia, sentiu:

Um cheiro insuportável [que] alcançou sua narina... nem tinha se refeito de tamanho mal estar, quando avistou montes de capim espalhados pelo chão. Junto ao mato havia seres humanos esquálidos. Duzentos e oitenta homens, a maioria nus, rasteavam pelo assoalho branco com tozetos pretos em meio à imundície do esgoto aberto que cruzava todo o pavilhão. Marlene sentiu vontade de vomitar. Não encontrava sentido em tudo aquilo, queria gritar, mas a voz desapareceu da garganta (Arbex, 2016, p. 22).

E foi a mesma faxineira que ?desinfetou o chão impregnado pelo cheiro de fezes e urina, não só humanas , mas também dos ratos que dividiam o espaço com os pacientes do Colônia, considerado o maior hospício do Brasil? (Arbex, 2016, p. 25).
A perda de vínculos do paciente com a sociedade, para impedir que o mesmo se livrasse do calvário onde esteve por muito tempo da vida, para prejudicá-lo, é visível. Já no século XXI, por falta de documentação civil, o ex interno da psiquiatria tem dificuldade de obter benefícios sociais criados para ex internos da psiquiatria e de sair do calvário onde esteve por muito tempo da vida.

2.3 A passagem do tempo e a opinião de profissionais da Psiquiatria

Na década de 1970, os funcionários dos hospitais, pessoas de bom senso e sem comprometimentos com as práticas inconfessáveis na psiquiatria, denunciaram essas práticas e se organizaram. Dessa organização decorreram o começo da Reforma Sanitária, o movimento sanitário; e o começo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A opinião sobre o tratamento psiquiátrico brasileiro se constituiu no decorrer dos séculos e se revelou no contexto de ambas as Reformas.
A Reforma Sanitária antecedeu a Reforma Psiquiátrica e foi parte desta, foi feita pela comunidade de vários seguimentos sociais que participavam da psiquiatria, associação de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Eles procuraram mudanças nas formas de atenção e de gestão da saúde, equidade na oferta dos serviços e participação dos trabalhadores e pacientes da psiquiatria na gestão e produção de tecnologias de cuidado.
No final dos anos 1970, iniciou-se o movimento social pelos direitos dos pacientes da psiquiatria no Brasil, formado por trabalhadores dos Movimento Sanitário e do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1978, eles fizeram o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Em 1987, fizeram o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, SP, que ?adota o lema ?Por uma sociedade sem manicômios?? (Brasil, 2005, p. 07).
Em 1987, também foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Em 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
Contemporânea, consecutiva e sucessora da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria:

Inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas

políticas governamentais e nos serviços de saúde (Brasil, 2005, p. 06).

No serviço médico, surgiram denúncias contra os horrores no hospital Colônia:

O psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, no final da década de 70, então chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) realizou o gesto mais ousado: denunciar, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as atrocidades cometidas no Colônia (Zizler, 2019, p. 07).

No final dos anos 70, o psiquiatra [Ronaldo Simões Coelho] havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: o que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma (Arbex, 2016, p. 16).

Internacionalmente, o Brasil recebeu a visita do renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia, em junho de 1979. Precursor do movimento de Psiquiatria Democrática na Itália e crítico ferrenho do poder opressor que a psiquiatria pode exercer sobre as pessoas, o famoso médico visitava o Brasil e transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta. ?Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças ? ?contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática?, dizia ele? (Pereira, 2021, p. 01).

2.4 Mudanças decorrentes da expressão das opiniões

O psiquiatra Franco Basaglia veio a pedido da irmã Mercês, freira, psicopedagoga. Na coordenação do Lar Abrigado, a religiosa havia desenvolvido ?um método humanizado de educar: ensinar sem cartilha e preparar aulas com base no universo dos alunos. Com a ajuda deles, escrevia os próprios livros didáticos ? (Arbex, 2016, p. 104).
Nos anos 1970, a irmã Mercês foi à Itália refugiar-se de perseguições políticas. Lá trabalhou em ?cooperativas de saúde ligadas ao psiquiatra italiano, estava no Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, quando esse hospital foi considerado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, referência mundial para a reformulação da assistência à saúde mental? (Arbex, 2016, p. 106).
De volta ao Brasil e a Minas Gerais, ainda nos anos 1970, a religiosa mineira convidou o famoso médico italiano para ele ver as atividades dela própria e de outras freiras com as mulheres acometidas de transtornos psiquiátricos. A admiração da Freira brasileira recebeu a reciprocidade do Médico italiano. Entre o atendimento a mulheres e a crianças do Centro Psíquico da Adolescência e Infância, sobressaíram outras práticas notáveis da religiosa. Em 1983:

A irmã desafiou a incredulidade da classe médica ao propor que os sobreviventes do holocausto brasileiro conquistassem o direito a uma casa. Quando o imóvel começou a ser montado em terreno anexo ao hospital, a religiosa iniciou o processo de transição. Diariamente, levava os futuros moradores até lá, para passarem algumas horas. ? vocês vão morar aqui ? dizia Mercês (Arbex, 2016, p. 106).

A mudança de ambiente foi seguida da mudança de hábitos. A psicopedagoga começou a ensinar do seu jeito, ?- agora, temos uma casa nova. Então, precisamos aprender a não fazer xixi no chão. Durante

meses, a irmã Mercês levava os filhos de Barbacena ao banheiro, onde passava pelo menos quarenta minutos com cada um no intuito de fazê-los aprenderem a usar o sanitário? (Arbex, 2016, p. 107).
Mais tarde, ela pediu aos médicos que diminuíssem as medicações que mantinham os meninos robotizados. Queria conhecer a personalidade deles e como agiam sem os efeitos da medicação. Recebeu uma recusa, porque uma paciente ficava agitada. Depois que foi atendida, a freira entendeu que as agitações da paciente coincidiam com o período menstrual e a interna não sabia dizer o momento da Tensão Pré Menstrual, TPM, nem das cólicas, inquietava-se, virava móveis, agia de maneira a lhe chamarem de louca. Tudo foi tratado com medicação preventiva, no começo da inquietação, nas datas marcadas em agenda de quando isso iria acontecer.
Por fim, a irmã adotou um chinelo para ser usado no banho, para contornar o descontrole de outra paciente; aboliu a raspagem do cabelo dos pacientes de quem tratava, porque defendia que cada um precisava ter sua identidade; tornou um ex-paciente mais independente, ao lhe ensinar a andar só e a pegar o ônibus.
Todas as práticas da irmã Mercês foram formas de des-hospitalizar e de des-institucionalizar os pacientes , humanizar seus tratamentos de formas integradoras. A ?motivação da coordenadora contagiou os atendentes. Mais do que bons profissionais, Mercês queria boas pessoas cuidando, ao lado dela, dos egressos do manicômio? (Arbex, 2016, p. 109).
É importante observar que a irmã Mercês não fez nada só. Ao desafiar a classe médica, ela contou com sua permissão ou seu consentimento, para fazer a mudança de endereço dos internos, para suspender a medição que robotizava, institucionalizava, os pacientes. Também teve a companhia dos bons profissionais a quem transformou em boas pessoas, para o cuidado dos pacientes da psiquiatria. Isso significa que os ventos da mudança do atendimento psiquiátrico no Brasil alcançaram os seus responsáveis práticos, em 1983.

3 ADEQUAÇÃO DA POLÍTICA DA PSIQUIATRIA AOS DIREITOS HUMANOS, AOS PRINCÍPIOS E ÀS GARANTIAS FUNDAMENTAIS, AO DIREITO CONSTITUCIONAL

Internacionalmente, a legislação da Organização das Nações Unidas, ONU, para a psiquiatria, é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às adequações Constitucionais de vários países membros da própria ONU.
A primeira resolução é de 1991, na terceira década após o trabalho do Médico Franco Basaglia na Itália, na segunda década após o trabalho da psicopedagoga Irmã Mercês no Brasil. Outra década e meia depois de si mesma, a ONU se manifestou outra vez, em 2006; foi mais abundante, nos anos 2010; e foi mais contundente nos anos 2020, no contexto da pandemia da Covid-19. A característica mais notável sobre o Organismo Internacional e suas normas foi a demora em se manifestar sobre o tema.

3.1 Princípios para a Psiquiatria internacional

A Organização Mundial de Saúde, OMS, iniciou o cumprimento de seu papel nos anos 1970. O que iniciou naquela década está na Resolução 46/119 de 17 de dezembro de 1991, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, que estabelece Princípios. Depois se criaram outros documentos, em que se definem pessoas deficientes, doença e saúde mentais.
As pessoas deficientes tiveram definição genérica, que não se refere a nenhum grupo como o de doentes mentais:

Pessoas deficientes são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (OMS, 2006).

A Doença Mental foi definida como sinônimo de ?discriminação?, em suas diversas formas, pretextos, de marginalizar as pessoas. A Resolução disse que:

Os presentes Princípios aplicar-se-ão sem discriminação de qualquer tipo, nomeadamente por motivos de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, condição jurídica ou social, idade, situação económica ou nascimento (OMS, 1991, p. 01).
Prossegue:

Não haverá qualquer discriminação com base em doença mental. 'Discriminação' significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos (OMS, 1991, p. 02).

Segundo os estudos sobre a psiquiatria, que permitiram à ONU se posicionar:

Uma em cada oito pessoas em todo o mundo tem questões de saúde mental, sendo as mulheres e os jovens desproporcionalmente impactados. Três quartos dos afetados recebem tratamento inadequado ou não têm quaisquer cuidados... muitos pacientes enfrentam estigma e discriminação. Para ele, a saúde mental é vital para a humanidade, sendo fundamental para uma vida plena... a saúde mental não é um privilégio, mas um direito humano fundamental e deve ser incluída na cobertura universal da saúde (ONU, 2023, p. 01).

As causas e os sinônimos de doença mental são típicos, repetitivos, comuns aos vários lugares. ?A estigma, a discriminação e as violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares.?
Para o secretário-geral da ONU, ?é necessário combater os abusos e derrubar as barreiras que impedem as pessoas de procurar ajuda, além de abordar as causas profundas [das doenças mentais], como a pobreza, desigualdade, violência e discriminação.? Também devem ser combatidos ?o abuso sexual infantil e o abuso por intimidação... [que] são importantes causas da depressão; [bem como] as desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática [que] são ameaças estruturais globais à saúde mental,? a pandemia, que protagonizou aumentos de depressão e de ansiedade.
O especialista da OMS também observou que ?a perseguição de indivíduos por identidade de gênero, orientação sexual, religião, classe, status de migração ou deficiência afeta negativamente a saúde mental ?como resultado da discriminação, exclusão social, marginalização, criminalização e exploração? (ONU, 2023, p. 02).
O descuido acompanha a doença, perpetuando-a. Mesmo antes da pandemia de COVID-19, ?apenas uma pequena fração das pessoas necessitadas tinha acesso a cuidados de saúde mental eficazes, acessíveis e de qualidade... 71% das pessoas com psicose em todo o mundo não têm acesso a serviços de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02)

Além do descuido, a cobertura dos serviços de saúde pública tem percalços amplos e pertencem aos vários países: ?mesmo em países de alta renda, apenas um terço das pessoas com depressão recebe cuidados formais de saúde mental? (OMS, 2022a, p. 02).
Os dados de escassez aumentam com a pobreza: ?o tratamento minimamente adequado para depressão varia de 23% em países de baixa renda para 3% em países de baixa e média-baixa renda.? Da mesma forma, ?enquanto 70% das pessoas com psicose são tratadas em países de alta renda, apenas 12% das pessoas com essa condição recebem cuidados de saúde mental em países de baixa renda? (OMS, 2022a, p. 02).
A Saúde Mental é a reprovação à discriminação e a aprovação da vida em comunidade, tem seu assento no texto sobre os ?Princípios para a Protecção das Pessoas com Doença Mental e para o Melhoramento dos Cuidados de Saúde Mental?, a Resolução da ONU de 1991, e em outros textos, que foram criados para fazerem a afirmação da saúde mental.
Os vários princípios especificam o direito dos pacientes da psiquiatria exercerem todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos nos principais textos legais internacionais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento.
No princípio número 1, pag.2, sobre ?LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS?, contrariando mais factualmente a discriminação, a ONU nomeia a nova psiquiatria:

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social. 2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, serão tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam a ser tratadas como tal, têm direito a protecção contra a exploração económica, sexual e outras formas de exploração, os maus tratos físicos ou de outra natureza e os tratamentos degradantes.

O princípio número 3, pag. 2, sobre ?VIDA NA COMUNIDADE?, diz que ?toda a pessoa com doença mental tem o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, no seio da comunidade.?
O princípio número 7, pag. 3, sobre PAPEL DA COMUNIDADE E CULTURA, diz que ?todo o paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, na medida do possível, no seio da comunidade onde viva.?
Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, a Organização das Nações Unidas relembra os princípios consagrados na sua Carta, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos; reconhece que a ONU proclamou e concordou que toda pessoa faz jus aos direitos humanos e às liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie; reafirma a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação dos direitos humanos com as liberdades fundamentais.
No artigo 1º da Convenção, a ONU diz: ?o propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente? (ONU, 2006).
Em toda a Convenção fala-se em respeito, em igualdade e na proibição dos Estados partes à discriminação, qualquer que seja ela. No artigo 3, pag 17, é dito que:

Os princípios da presente Convenção são: a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas. b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade; d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; e) A igualdade de oportunidades; f) A acessibilidade; g) A igualdade entre o homem e a mulher; h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade (ONU, 2006).

Os direitos humanos são a linha de chegada da reprovação à discriminação e da afirmação da vida em comunidade. Disse o texto, ?os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência? (ONU, 2006).
Em 2013, houve a publicação de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Neste Plano, a OMS ?faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?, que se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, aborda os riscos e fortalece os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
Os caminhos para a transformação da Saúde Mental são:
1. O aumento dos investimentos em saúde mental, não apenas garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades da saúde mental ... 2. O fomento à colaboração intersetorial, para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir de forma a reduzir riscos, gerar resiliências e desmontar barreiras que impedem pessoas com problemas de saúde mental... 3. Reforço à atenção à saúde mental em diferentes locais e em diferentes modalidades, alcançando um público maior e mais diverso? (OMS, 2022a, p. 03).

Em 2021, o Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030 foi motivo de ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades? que são a maior revisão mundial sobre a nova psiquiatria da OMS, desde a virada do século. ?O trabalho detalhado fornece um plano para governos, [profissionais] acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental? (OMS, 2022a, p. 01).
As novas diretrizes e os novos cuidados com a nova psiquiatria ganharam impulso momentâneo. Em 2019, ?quase um bilhão de pessoas ? incluindo 14% dos adolescentes do mundo ? viviam com um transtorno mental... O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade? (OMS, 2022a, p. 01).
A pandemia da Covid-19 foi outro estímulo. Além de dados estatísticos sobre doentes mentais, a pandemia desnudou percalços sobre doenças mentais, inclusive de profissionais da saúde; investimentos; diferenças de investimentos entre países ricos e pobres. A própria OMS escreveu mais a respeito da saúde mental, em 2021, 2022 e 2023, instigada pela pandemia.
Em 2022, o Relatório da OMS foi projetado para inspirar e informar uma melhor política psiquiátrica em todos os lugares. ?Com base nas evidências mais recentes disponíveis, apresentando exemplos de boas práticas de todo o mundo e expressando a experiência de vida das pessoas, ele destaca por que e onde a mudança é mais necessária e como ela pode ser melhor alcançada? (OMS, 2022a, p. 01).
Em 2023, como se quisesse suprir sua ausência na regulamentação desse assunto, o posicionamento da ONU lembra de pacto, tratados internacionais e de convenções... sobre outros temas!!! Nada diz de si mesma e só escreve sobre política psiquiátrica no final, concluindo, interpretando à própria maneira, que

os motivos daquelas normas pretéritas são sobre saúde mental, também. O relatório lembra que já há: Um quadro jurídico vinculativo para o direito ao mais alto padrão de saúde mental. Como é o previsto no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. E já há um conjunto de normas legais já estabelecidas em tratados internacionais, entre outros, pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Convenção sobre os Direitos da Criança. Isso implica que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir o direito à saúde mental nas leis, regulamentos, políticas, medidas orçamentárias, programas e outras iniciativas nacionais

Segundo um relatório do Organismo Internacional, a ?Pandemia de Covid-19 desencadeou um aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo.? E assim surgiu ?o Dia Mundial da Saúde Mental neste 10 de outubro [de 2023]; secretário-geral destaca que mulheres e jovens são os mais impactados; OMS publica guia com recomendações para governos abordarem questão? (ONU, 2023, p. 01).
Assim se formalizou o atraso da ONU em relação à política psiquiátrica. Na sexta década depois do trabalho pioneiro do doutor Franco Basaglia, a política psicquiátrica veio ter um dia na memória coletiva.

3.2 A constitucionalização da Nova Psiquiatria brasileira

Nacionalmente, a legislação brasileira para a nova psiquiatria também é posterior à expressão da opinião sobre a psiquiatria, às práticas iniciais que mudaram esse ramo da medicina e às manifestações sociais de quem quis a maior adequação formal brasileira da Saúde Pública. Por fim, a adequação brasileira para a nova psiquiatria antecede os princípios das Nações Unidas.
No seio da legislação brasileira está nada menos que a Constituição Federal de 1988, que adequou a nova psiquiatria no Brasil ao Direito Constitucional, aos Direitos e às Garantias Fundamentais. Foi o constituinte originário que formalizou o Sistema Único de Saúde, SUS.
A Saúde pública brasileira se encontra dentro da Seguridade Social, com orçamento integrado junto com a Previdência Social e a Assistência Social, com a gestão de seus recursos assegurada. É um benefício universal, independente de contribuição direta, não distingue os serviços que presta à sociedade, nem os usuários dos mesmos serviços, não faz discriminações. Portanto, o serviço psiquiátrico é oferecido junto dos vários serviços médicos, ao cidadão que necessite desse serviço.
No capítulo II da Magna Carta brasílica, o constituinte disse: ?a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações dos Poderes Públicos e da sociedade, para assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social? (Brasil, 1988); e tem como objetivos:

A universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Brasil, 1988).

Na seção II do capítulo II, está escrito que ?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).

São de relevância pública as ações e os serviços de saúde, ?cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado? (Brasil, 1988).
As ações e serviços públicos de saúde integram:

Uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (Brasil, 1988).

3.2.1 Congressos, conferências e leis infraconstitucionais

Infraconstitucionalmente, não só de leis se fez a nova psiquiatria brasileira. Decorreram Congressos de Trabalhadores e Conferências da Nova Psiquiatria, Declaração internacional e... Leis!!!
O Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da psiquiatria realizado em 1978 propôs nada menos que o futuro Sistema Único de Saúde, SUS.
No texto sobre ?a construção do SUS?, está escrito que o ?Sistema Único de Saúde [foi uma] capacitação para apoios do controle social? (Fortes, 1978, p. 01). No Final dos anos 1970:

O agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório , dando início ao Movimento da Reforma Sanitária (Fortes, 1978, p. 01).

Assim como se iniciou a ?Construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e [simultaneamente] unificação como elementos essenciais para a reforma do setor? (Fortes, 1978, p. 01).
Nos avanços da proposta, surgiram diversas ?organizações de profissionais de saúde: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES; Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979); Associação dos Médicos Sanitaristas; Associação Paulista de Saúde Pública.? Todas essas organizações ?lutam por um sistema de saúde mais justo e igualitário e articulam-se a movimentos sociais? (Fortes, 1978, p. 01).
Portanto, o SUS foi adequado formalmente como uma legislação típica, foi antes sugerido, fomentado no seio da sociedade, depois foi legislado para a lei contemporizar com a demanda da população.
No segundo Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, realizado em 1987, na cidade de Bauru, decorreu um manifesto. Nele se disse:

Na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação (Fortes, 1978, p. 01).

Os manifestantes recusaram ?o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, [e inauguraram] um novo compromisso? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Deixaram claro que não bastava racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhavam. Mas mudar

a política do estado, vez que ?o gerenciamento estatal da Saúde era a imposição e o sustento dos mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
O compromisso estabelecido na luta antimanicomial foi uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. ?O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01) E nomeou os mecanismos de opressão social. ?A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres , a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01).
Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significou incorporar-se à luta dos trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.
A Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental foi aliada efetiva e sistematicamente do movimento popular e sindical, ?contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular? (Manifesto de Bauru, 1987, p. 01)
Na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1987, também se escreveu um relatório final. Neste se desenvolveram vários temas. No tema sobre ?Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental? falou-se no modelo econômico brasileiro como causa da doença mental:

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria (OMS, 1987, p. 11).

Entretanto, a doença mental é internacional e antecede o próprio capitalismo. O modelo econômico da Itália, onde se criou a nova psiquiatria, não é menos culpado pela doença lá que o modelo do Brasil é aqui . Os modelos econômicos pré-capitalistas não são menos culpados pelo adoecimento mental dos lugares onde vigoram que o capitalismo é culpado onde se desenvolve.
No tema sobre ?Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental? seguiu-se a toada do tema anterior. Existiram ?princípios gerais?. No princípio geral número 1 se disse:

[à] concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde (OMS, 1987, p. 15).

Não era, portanto, da nova psiquiatria médico-hospitalar, mas de revolução social socialista, que se falava , diante de toda a mobilização de recursos, a mudança estrutural rural e urbana, a mudança Tributária. Nada se disse sobre os orçamentos públicos recebidos pela saúde pública nem sobre as despesas, se eram compatíveis com os orçamentos, nem porque não seriam, etc etc.
Para a Conferência não ser dada por perdida, os ?princípios básicos? foram mais específicos. O princípio básico número 1 disse:

As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando

político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 1987, p. 16).

Portanto, outra vez em 1987 também se disse algo sobre o SUS antes de sua formalização, deixando claro que as características do futuro Sistema público de saúde era próprio à nova psiquiatria e que esta era sinônima da Reforma Sanitária.
Na segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, criou-se novo relatório. Neste se disse que a ?atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental? (Brasil, 1992, p. 06).
O entendimento de saúde e de doença, não só mentais, passou a ser um processo que levava ao direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde. Essa rede já existia, por anseio popular, profissional, e por determinação Constitucional, era o Sistema Único de Saúde, SUS, criado pela Assembleia Nacional constituinte, que legislou a Constituição de 1988.
O momento político havia mudado e se falou na ?democratização do Estado com o controle da sociedade civil [como] fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental? (Brasil, 1992, p. 06).
A saúde e a doença mentais passaram a ser vistas como processual e:

O processo da saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades (Brasil, 1992, p. 06).

Em 1992, também ocorreu a Declaração de Caracas, que marcou as reformas na atenção à nova psiquiatria nas Américas. ?Foi feita por organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde? (OMS, 1992, p. 01).
O compromisso do Brasil ao assinar a Declaração de Caracas serviu à regulamentação, à normatização da nova psiquiatria. Após o evento da Declaração internacional e do II Conferência Nacional de Saúde Mental, criaram-se:

As primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS [Centros de Atenção Psicossocial], NAPS [Núcleos de Atenção Psicossocial] e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Em 2001, aos 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, sancionou-se a Lei Paulo Delgado, que propôs ?a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país? (Brasil, 2005, p. 07). Foi o início da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.
A Lei Federal 10.216/2001 ?redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais? (Brasil, 2005, p. 07).
Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial da nova psiquiatria. Em seu artigo 1º, a lei diz:

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

No artigo 2º da lei, a pessoa doente mental tem o direito de:

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; o sigilo nas informações prestadas; a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

O desenvolvimento da nova psiquiatria, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a participação social e familiar, que será prestada em estabelecimento de tratamento psiquiátrico são responsabilidades do Estado. Os estabelecimentos de tratamento psiquiátrico são as instituições ou unidades que assistam os portadores de transtornos psiquiátricos.
Qualquer modalidade de internação será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. O tratamento deverá reinserir socialmente o paciente em seu meio. O tratamento do interno será estruturado para oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
Os pacientes com transtornos mentais não podem mais ser internados em instituições com características asilares, que não possam assegurar os direitos aos pacientes. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
A internação voluntária ou consentida deve ser com assinatura do interno, no momento da admissão, de uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
A internação involuntária deve ser solicitada por terceiro, junto com a voluntária, somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
A internação compulsória é ?determinada, [conforme] a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários? (Brasil, 2001).
A jurisprudência pátria acolhe o que diz a lei 10.216/2001:

Na EMENTA 1) DIREITO CONSTITUCIONAL. GARANTIA E EFETIVIDADE DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. TRATAMENTO DE ACOMETIDO DE TRANSTORNOS MENTAIS. NECESSIDADE COMPROVADA. INEXISTÊNCIA DE OFENSA À SEPARAÇÃO DOS PODERES OU À RESERVA DO POSSÍVEL. a) O direito à saúde, de aplicação imediata e eficácia plena, deve ser implementado pelo Estado (União, Estados e Municípios), desde que comprovada a doença e a necessidade de tratamento específico. b) A Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o

modelo assistencial em saúde mental, preceitua: Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. c) Vale frisar, ainda, que nos termos do artigo 9º do referido diploma legal, a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários. d) No caso, a família encaminhou o paciente à consulta médica para determinar qual o tratamento adequado, sendo atestado pelo profissional Médico, que o paciente necessitava de internação compulsória por sofrer de Esquizofrenia Residual e Retardo Mental Grave. e) O direito à vida, à saúde e à dignidade da pessoa humana são consagrados pela Constituição da República, impondo-se ao Poder Judiciário intervir quando provocado, para torná-lo realidade, ainda que para isso resulte em impor obrigação de fazer, com inafastável repercussão na esfera orçamentária, o que, por si só , não ofende o princípio da separação de poderes e nem a reserva do possível (Paraná, 2019).

A Lei 10.708 de 2003, criou o Programa de Volta para Casa, ?a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992? (Brasil, 2005, p. 17).
Esse programa permite a reintegração social de quem tem longo histórico de hospitalização, para emancipar e desinstitucionalizar pessoas com transtornos mentais e para reduzir leitos hospitalares nos estados e municípios.
O programa tem o pagamento mensal de auxílio pecuniário aos pacientes egressos de internações, segundo critérios legais. Os valores são pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial. Se o beneficiado for incapaz de exercer pessoalmente os atos da vida civil, o auxílio será pago a seu representante legal do paciente. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente. No artigo 3º da Lei:

São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que: I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos; II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro; III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa; IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

A exigência legal para pagar o benefício inclui o tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos e o tempo de internações em lugares mantidos pelo SUS. Assim como egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, conforme decisão judicial.
A jurisprudência também decidiu sobre o auxílio em questão. Na Ementa:
DIREITO CIVIL. PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA. RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA
. INSTITUIÇÃO FINANCEIRA. AUSÊNCIA DE REPASSE DE MENSALIDADES. INEXISTÊNCIA DE ESCLARECIMENTO DA CAIXA SOBRE A SUSPENSÃO DO PROGRAMA. SENTENÇA ANULADA.
1. A Lei 10.708/2003, que instituiu o Programa De Volta Para Casa, endereçado a pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internação, elegeu o Ministério da Saúde como coordenador do

programa.
2. A Instrução Normativa presente no Anexo IV da Portaria 2.077/2003 dispõe, em seu item 8, que cabe à instituição financeira apenas a responsabilidade de operar a logística de pagamento dos benefícios e de elaborar os relatórios financeiros necessários ao acompanhamento, à avaliação e à auditoria da execução do programa por parte do Ministério da Saúde.
3. Inexistente prova de CAIXA tenha se recusado a repassar valores recebidos do Ministério da Saúde, é correta a rejeição do pedido inicial, ressaltando-se os efeitos secundum eventum probationis da decisão proferida.
4. Apelação desprovida.
Acórdão
A Turma, por unanimidade, negou provimento à apelação (Brasil, 2013).

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, do ano 2004, estabelece que:

O processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário (Brasil, 2004, p. 01).

Os hospitais de maior porte serão reduzidos progressivamente a partir da redução de leitos hospitalares, considerando sua localização em regiões com mais quantidade de leitos hospitalares, e ?deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar? (Brasil, 2004, p. 01):

A estratégia deve garantir que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros (Brasil, 2004, p. 01).

Finalmente, ?é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pactuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social? (Brasil, 2004, p. 01).
A jurisprudência não interferiu na Administração pública na decisão do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, quando permitiu a redução de leitos hospitalares psiquiátricos, conforme a época corrente:
Na Ementa APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR DO SUS. SENTENÇA QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE O PEDIDO, TÃO SOMENTE PARA GARANTIR A INCLUSÃO DA INSTITUIÇÃO NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, COMO PRETENDIDO. REQUERIMENTO AUTORAL DE ANULAÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO QUE GEROU A REDUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE 160 PARA 120. INOCORRÊNCIA DE ABUSO NO ATO IMPUGNADO. PODER DISCRICIONÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NÃO TENDO O PODER JUDICIÁRIO QUALQUER INGERÊNCIA NAS RESPECTIVAS DECISÕES. DESPROVIMENTO DA ALEGAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE QUE A SENTENÇA PROFERIDA É CARENTE DE FUNDAMENTAÇÃO. POR OUTRO LADO, PEDIDO DE INCLUSÃO DA PARTE AUTORA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO, FOI REALIZADO

ESPONTANEAMENTE PELA RÉ. PERDA SUPERVENIENTE DE INTERESSE. RECURSO DA INSTITUIÇÃO (AUTORA) A QUE SE NEGA SEGUIMENTO, NA FORMA DO ART. 557, CAPUT DO CPC E RECURSO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL (RÉ) A QUE SE DÁ PARCIAL PROVIMENTO, COM FULCRO NO ART. 557, § 1º - A DO CPC (Rio de Janeiro, 2006).

3.3 O tratamento psiquiátrico comunitário

Em oposição às antigas hospitalização e institucionalização dos pacientes da psiquiatria, surgiu o tratamento psiquiátrico Comunitário. Esse conceito é essencial e acessório às práticas da nova psiquiatria , universalmente. Na ONU, nas Américas, no Brasil, todos os documentos sobre a política da psiquiatria, a nova psiquiatria, a saúde mental, repetem o conceito, o método, a prática psiquiátrica comunitária.
Nas Nações Unidas, a publicação de 2013 de um Plano de Ação Integral de Saúde Mental, diz que entre os caminhos para a transformação da nova psiquiatria, estão: ?reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, etc.? (OMS, 2022b, p. 01).
No Plano de 2021 de Ação de Saúde Mental Abrangente, falou-se em ?novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades.? (OMS, 2021, p. 01).
A especialista do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias [da OMS], Michelle Funk, disse que:

Deve se passar de ?serviços que usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas de problemas de saúde mental, para uma abordagem mais holística que leve em consideração as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo e ofereça uma variedade de abordagens para tratamento e suporte? (OMS, 2021, p. 01).

Logo, os tratamentos de doenças mentais com medicamentos para controlar sintomas são meio tratamento. A abordagem holística, completa, integral, abrangente, globalizante, que considerem as circunstâncias específicas e desejos do indivíduo, é o tratamento comunitário.
O documento de Caracas, Venezuela, 1992, marcou as reformas da nova psiquiatria nas Américas, fez verificação, consideração e declaração; reprovou o atendimento hospitalar, afirmou o atendimento comunitário, a reintegração do paciente da psiquiatria à convivência social e a defesa dos direitos humanos.
Verificou que ?a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo? (OMS, 1992, p. 01); afirmou que ?o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos... ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo? (OMS, 1992, p. 01).
Considerou que ?o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000? (OMS, 1992, p. 01); acrescentou que ?os Sistemas Locais de Saúde (SILOS)... oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva? (OMS, 1992, p. 01)..
Declarou que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na

comunidade e dentro de suas redes sociais? (OMS, 1992, p. 01); que ?a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços? (OMS, 1992, p. 01).
No Brasil, a idealização do ?Sistema Único de Saúde apresenta dois conceitos importantes: sistema e unicidade. Tais palavras resumem a forma como funciona nossa saúde pública (Morais, 2021, p. 01).
A participação da comunidade, o atendimento médico-hospitalar comunitário, antagônico às antigas hospitalização e institucionalização, consta na origem constitucional do sistema de saúde brasileiro.
A maior característica da adequação formal brasileira é orientar o uso de medidas de tratamento extra-hospitalar, o tratamento comunitário; ?orientar os poderes executivos a investirem em processos de desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos de permanência ? grande parte delas sem vínculo remanescente com a sociedade? (Pereira, 2021, p. 02).
Os agentes comunitários tiveram relevância nessa nova legislação, que disse que os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão ?admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, [conforme] a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação? (Brasil, 1988).
Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios ?para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal? (Brasil, 1988).
O que decorre na saúde pública brasileira, posteriormente à Constituição e à criação do SUS é matéria de Direito Constitucional, com os serviços comunitários para se operar a desinstitucionalização, a ?substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada e territorial de serviços comunitários? (Almeida, 2019, p. 04).

4 APLICAÇÃO PRÁTICA DA LEGISLAÇÃO DA NOVA PSIQUIATRIA

Na aplicação prática das regras legais internacionais e nacionais, são indisfarçáveis os conceitos de doença e de saúde mentais. Também existem avanços e recuos, caminhos e descaminhos. O progresso e o refluxo ao passado estão nesse recomeço como em outros momentos da vida humana individual e coletiva. Portanto, o atraso da legislação da ONU significa que os países membros estão começando a trilhar o caminho da nova psiquiatria.

4.1 Doença e saúde mental, o problema generalizado e a generalização da solução:

O trabalho da Organização das Nações Unidas, ONU, é junto a países. É trabalho internacional em busca da solução do problema da doença mental.
A legislação da ONU cita os países que lhe servem de parâmetros para estabelecer seus entendimentos, observa e monitoriza o aumento das atividades ligadas à legislação sobre a nova psiquiatria internacional. Em contrapartida, os vários países membros do Organismo Internacional seguem as orientações das suas Resoluções. Por exemplo, as características da Resolução 46/119 de 1991 foram posteriormente legalizadas por vários países membros da ONU: ?os termos desses Princípios foram explicitamente incluídos nos textos da Constituição ou do Código Civil de vários lugares, como: a Espanha, Moçambique, a Província do Quebec, no Canadá? (Bertolote, 1994, p. 04).
Segundo o artigo a ?Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais?,

uma característica notável da nova psiquiatria é a dos:

Exemplos atualizados de modelos legislativos em várias jurisdições em alguns países, [em que] descreve-se a evolução da legislação internacional referente às pessoas acometidas de doenças mentais, indica as tendências atuais e aponta alternativas para a melhoria da situação dos direitos humanos dos doentes mentais e da qualidade da assistência que lhes é oferecida (Bertolote, 1994, p. 01).

Para o secretário-geral da ONU, ?os governos devem proteger esses direitos e prestar os cuidados necessários pra a recuperação [dos pacientes]. Tal inclui o reforço do apoio comunitário e a integração da ajuda psicológica no pacote de cuidados de saúde e sociais? (ONU, 2023, p. 01).
A nova psiquiatria é tratada pela ONU através da Organização Mundial da Saúde, OMS. Esta é a agência especializada em assuntos sobre a saúde, é uma organização intergovernamental, uma agência de cooperação técnica, sem poderes executivos e com reputação internacional. A política da OMS é de Saúde Para Todos. A estratégia é de Cuidados Primários de Saúde. A tática é lidar com os vários países membros das Nações Unidas.
O trabalho da OMS teve origem nos anos 1970, quando a Comissão dos Direitos Humanos da ONU passou a examinar o abuso da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos (o que permitiu à OMS considerar o Serviço Hospitalar de Trieste, em 1973, do hospital reorganizado pelo doutor Franco Basaglia , como referência mundial para a reformulação da assistência à nova psiquiatria).
A tática da OMS também é generalizar as recomendações da criação da nova psiquiatria, para a adequação legal e para o cumprimento dos vários países membros da ONU. A agência da saúde internacional revisa a nova psiquiatra em um trabalho onde sugere planos para governos, profissionais acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e para quem possa apoiar o mundo na transformação da saúde mental.
Assim, a OMS e o Escritório de Direitos Humanos das Nações Unidas divulgaram uma orientação conjunta sobre a nova psiquiatria, os direitos humanos e a legislação referente a ambos, para apoiarem os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a tratamentos psiquiátricos de qualidade. ?O guia ?Saúde mental, direitos humanos e legislação: orientação e prática? busca apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade? (ONU, 2023, p. 01).
Em 2021, as Novas Diretrizes da OMS, na adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, de 2006, na aplicação do Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2013-2030, ?um número crescente de países tem buscado reformar suas leis, políticas e serviços nesta área? (OMS, 2021, p. 01).
A OMS conclama os vários países que coordena a participarem mais e melhor da aplicação das suas diretrizes sobre psiquiatria, mesmo que as mudanças não sejam de longo alcance:

Relatórios mostram que violações graves dos direitos humanos e práticas coercitivas ainda são muito comuns [...] incluem admissão e tratamento forçados, contenção manual, física e química, condições de vida pouco higiênicas e abuso físico e verbal (OMS, 2021, p. 01).

Em 2022, foi editado um relatório sobre os acontecimentos da nova psiquiatria, que chama todos os países a acelerarem a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013?2030. Esse Plano tem metas internacionais para transformar a nova psiquiatria, foi assinado por todos os 194 Estados-

membros da OMS e faz várias recomendações de ação, agrupadas em três ?caminhos para a transformação?. ?Os três caminhos se concentram na mudança de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção? (OMS, 2022a, p. 02).
A generalização das Resoluções internacionais é para contrariar as doenças mentais. A finalidade da generalização é apoiar os países na reforma da legislação para acabar com os abusos e aumentar o tratamento psiquiátrico de qualidade, é a própria criação da Saúde Mental no lugar da Doença.
A Saúde é sinônima de direitos. Os direitos dos doentes mentais que se quer assegurar, inclusive com sua participação nas decisões, estão nos pontos da Resolução 46/119 de 1991: a distinção entre internação involuntária e tratamento involuntário que é feita para proibir tratamento (involuntário) a paciente de internação voluntária; um tratamento involuntário será imposto a paciente quando atender ao seu maior interesse em Saúde psiquiátrica. A internação só será feita por determinação de profissional da psiquiatria qualificado e autorizado por lei para este fim, se a pessoa tiver uma enfermidade mental, com uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente à própria pessoa ou a outros, ou em risco de séria deterioração de sua condição. Finalmente, o tratamento em ambiente psiquiátrico será como o tratamento de qualquer outra área da saúde. Qualquer paciente voluntário deve ser livre para sair do hospital quando o desejar, sem restrições.
O responsável pelo guia, a mencionada orientação conjunta sobre a psiquiatria, da OMS e da ONU, o diretor geral da OMS:

Explica que as recomendações incluem o respeito pela dignidade das pessoas e capacitação para levarem uma vida plena e saudável. A ambição também deve ser transformar os serviços de saúde mental, que precisam adotar uma abordagem baseada nos direitos (ONU, 2023, p. 01).

No Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da OMS 2020-2030, a Organização recomenda ?cuidados que vão além da saúde mental, incluindo apoios como acesso a alojamento, educação e emprego? (OMS , 2021, p. 01).
A Divisão de Saúde Mental da OMS procura reduzir os problemas relacionados a transtornos psiquiátricos e neurológicos vinculando as legislações nacionais dos países membros da ONU e criando Direitos para os pacientes da psiquiatria. Assim como os direitos humanos, a dignidade da pessoa humana e os demais direitos e garantias fundamentais juntam-se ao direito constitucional, onde tudo é positivado, como sinônimos da Política Psiquiátrica.

4.2 Avanços e recuos: direitos e interesses

A generalização das recomendações da ONU e da OMS aos países membros, os avanços no tratamento das Doenças Mentais e na criação da Política Psiquiátrica, incluem vínculos entre saúde mental e saúde pública.
Além disso, Saúde Mental também é a criação de direitos para os doentes mentais, ?direitos humanos e desenvolvimento socioeconômico significam que a transformação de políticas e práticas em saúde mental pode trazer benefícios reais e substantivos para pessoas, comunidades e países em todos os lugares? (OMS, 2022a, p. 01).
Por fim, a saúde pública pertence ao Estado, como pertencem as normas legais sobre a saúde mental que se quer criar para quem precisa dessas normas vigorando.
As legislações dos países membros da ONU, coordenados pela OMS, reprovam a institucionalização dos

pacientes e estabelecem os tratamentos para os pacientes mentais. Quanto a qualidade dos cuidados de saúde mental oferecidos, ?a mencionada resolução com efeito aborda alguns padrões de cuidados (Princípios 8-10, 13 e 14). As normas relativas aos critérios de formação de profissionais, existentes em vários países, é um outro exemplo desta tendência? (Bertolote, 1994, p. 05).
Os critérios de formação dos profissionais seguem a qualidade da assistência; uso adequado da via administrativa e o controle orçamentário; e a participação dos usuários na organização e administração dos serviços de saúde mental:
O uso adequado da via Administrativa e o controle orçamentário para a formulação de normas é a aplicação dos direitos a serem assegurados, para garantir a qualidade da atenção prestada e para elevar o padrão de qualidade dos serviços. Bem como para as normas legais criadas terem a respectiva e necessária eficácia.
A participação dos usuários na Organização e Administração dos Serviços de Saúde mental é a democratização desse serviço. É crescente a participação de usuários de serviços da psiquiatria (pacientes, ex-pacientes e seus familiares) no planejamento e na implementação de serviços. Antes estigmatizados, rejeitados e marginalizados, os doentes mentais passam a decidir sobre si mesmos e adquirem controle sobre essas decisões.

4.2.1 Recuos, conveniências e interesses

Os recuos na nova política psiquiátrica internacional são do âmbito dos interesses e são verdadeiros refluxos ao passado. Os interesses se comunicam, são: profissionais, industriais, administrativos e acadêmicos. O Relatório Especial das Nações Unidas sobre o Direito à Saúde ?considera ainda que são três os obstáculos maiores aos direitos à saúde mental das pessoas: o domínio do modelo biomédico, as assimetrias de poder e o uso tendencioso das evidências? (ONU, 2017, p. 01).

O domínio do modelo biomédico viola os direitos de pacientes da psiquiatria hospitalar, ?através da exclusão, da negligência, da coerção e do abuso das pessoas com dificuldades ?intelectuais, cognitivas, psicossociais, [outras] com autismo e as que se desviam das normas culturais, sociais e políticas prevalecentes??. Com esse domínio, o tratamento focaliza ?condições individuais, conduz inevitavelmente a arranjos de políticas, sistemas e serviços que criam resultados estreitos, ineficazes e potencialmente prejudiciais.?; prepara o caminho para ?uma maior medicalização evitando que os formuladores de políticas abordem os principais fatores de risco e proteção que afetam a saúde mental para todos (ONU, 2017, p. 1).

Tudo é possível devido ao ?mito de que as melhores soluções para enfrentar os desafios de saúde mental são os medicamentos além de outras intervenções biomédicas? (ONU, 2017, p. 01). Portanto, existe o tratamento com medicamentos psicotrópicos, ?apesar [das] evidências de que eles não são tão eficazes como se pensava, que produzem efeitos colaterais nocivos? (ONU, 2017, p. 02):

As assimetrias de poder são o apoio de governos aos defensores do paradigma biomédico, além dos interesses médicos e farmacêuticos. O tratamento médico-hospitalar necessita de investimentos administrativos em saúde pública, especificamente na psiquiatria. Aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais prático, sem atenção a tratamentos comunitários, sem políticas públicas, sem atenção das precondições das doenças mentais nas populações nacionais.

Ou seja, aos investimentos públicos, o tratamento hospitalar é mais cômodo. As precondições da doença mental são a realidade social, que fomenta políticas diversas, antecedentes à saúde mental: a violência, a falta de poder de parcelas significativas da sociedade, a exclusão social e o isolamento, a ruptura das comunidades, as desigualdades socioeconômicas e as péssimas condições no trabalho e nas escolas. Diante das precondições, as ?estratégias nacionais de saúde mental tendem a refletir agendas biomédicas e a obscurecer os pontos de vista e a participação significativa da sociedade civil (ONU, 2017, p. 02).
As assimetrias de poder são usadas não só pelas precondições da doença mental, mas porque os estatutos jurídicos compelem o Estado a tomar medidas coercitivas. Essas são decisões genéricas, totalizantes, descumpridoras das lógicas de tratamentos comunitários, da regulamentação para a nova psiquiatria mais específica, da pesquisa interdisciplinar inovadora e independente e da formulação de prioridades baseadas em direitos dos pacientes da psiquiatria:

O uso tendencioso das evidências é das evidências usadas ?para a eficácia de certos medicamentos psicotrópicos [que] são cada vez mais desafiadas, tanto da perspectiva científica quanto da experiência?. O uso prático de evidências potencializa o modelo biomédico, ?existem empresas farmacêuticas que não revelam resultados negativos de testes de drogas, o que obscurece a base de evidências (ONU, 2017, p. 03).

A psiquiatria acadêmica informa os formuladores de políticas sobre a alocação de recursos e princípios orientadores da política psiquiátrica; limita sua agenda de pesquisa aos determinantes biológicos da nova psiquiatria; implica o ensino, com ?o viés biomédico em saúde mental [que] domina o ensino nas escolas de medicina, restringindo a transferência de conhecimento para a próxima geração de profissionais? (ONU , 2017, p. 03). À indústria farmacêutica e à psiquiatria acadêmica convém o modelo biomédico, com uso de psicotrópicos, no tratamento de doenças mentais.

4.3 Descaminhos e caminhos da Nova Psiquiatria, a prática da adequação legal

Nos anos 2020, existem os ambientes formais de tratamento psiquiátricos, inclusive hospitais, e os interesses sobre eles, nada obstante a OMS preferir a saúde mental comunitária e os direitos sobre esta. Assim, existem impasses ideológicos, como opor defensores e opositores dos tratamentos hospitalar e comunitário.
Outros impasses são da permanência de percalços anteriores e da dificuldade de aplicação das novidades da Política da nova Psiquiatria. Os descaminhos da prática da psiquiatria comunitária incluem a psiquiatria hospitalar. A OMS diz que ?a maioria dos cuidados de saúde mental continua a ser fornecida por hospitais psiquiátricos... [No] mundo, abusos dos direitos humanos e práticas coercitivas são muito comuns? (OMS, 2021, p. 01).
Junto com a psiquiatria hospitalar está o pouco investimento dos governos em saúde pública, sinônimo de psiquiatria comunitária. Conforme a OMS, ?os governos gastam menos de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental. Além disso, a maior parte das despesas vai para hospitais psiquiátricos? (OMS, 2021, p. 02). Os serviços do tratamento usam coerção e se concentram quase exclusivamente em medicamentos para controlar os sintomas.
Para o relator especial da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, Gerard Quinn:

A transformação da prestação de serviços de saúde mental deve ser acompanhada por mudanças

significativas no setor social... [Até que isso aconteça], a discriminação que impede as pessoas com problemas de saúde mental de levar uma vida plena e produtiva continuará (OMS, 2021, p. 02).

4.3.1 Os caminhos da Nova Psiquiatria

Os caminhos que transformam a realidade são apontados pela própria OMS. Como alternativa ao tratamento psiquiátrico hospitalar, ainda no documento de 2020, a Organização fez divulgação sobre a psiquiatria comunitária que prioriza a recuperação e as comunidades: ?cuidados de saúde mental com base na comunidade, que respeitam os direitos humanos e foquem na recuperação estão tendo sucesso e benefícios econômicos? (OMS, 2021, p. 01). Esse foco é na vida diária, ?análises mostram que as opções têm custo comparável a serviços convencionais e trazem mais benefícios para os pacientes? (OMS, 2021, p. 01).
Para a OMS, a psiquiatria comunitária é uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebe menos recursos de que necessita. Essa realidade não muda ?rápido o suficiente [a ponto de] a história da Dévora Kestelcontinuar sendo de necessidade e negligência, com dois em cada três dólares do escasso gasto público em saúde mental destinados a hospitais psiquiátricos independentes.? Os serviços de psiquiatria comunitária recebem menos que os hospitais psiquiátricos.
A diretora do Departamento de Saúde Mental e Uso de Substâncias da OMS, Dévora Kestel, defendeu as ?mudanças [como] estratégicas?:

Todo país tem ampla oportunidade de fazer progressos significativos em direção a uma melhor saúde mental para sua população. Seja formulando políticas e leis sobre saúde mental mais sólidas, ou introduzindo a saúde mental nos seguros médicos, fomentando e fortalecendo os serviços comunitários de saúde mental ou integrando a saúde mental à atenção geral à saúde, escolas e penitenciárias (OMS, 2022a, p. 02).

Na prática da Saúde Mental, a psiquiatria comunitária tem 3 caminhos.
O primeiro caminho:

O aumento dos investimentos em saúde mental, [...] garantindo fundos e recursos humanos adequados em todos os setores da saúde e outros setores para atender às necessidades de saúde mental?. Além disso, ?a OMS destaca que é preciso incluir as pessoas com problemas de saúde mental em todos os aspectos da sociedade e tomar decisões para superar o estigma e a discriminação, reduzir as disparidades e promover a justiça social (OMS, 2022a, p. 03).

O segundo caminho:

O fomento à colaboração intersetorial, especialmente para compreender os determinantes sociais e estruturais da saúde mental e intervir para reduzir riscos, gerar resiliência e desmontar barreiras às pessoas com problemas de saúde mental de participar plenamente da sociedade (OMS, 2022a, p. 03).

O terceiro caminho é reforçar a atenção à psiquiatria comunitária nos vários locais e nas várias modalidades, em busca de um público maior e mais diversificado. Estabelecer ?redes comunitárias de serviços interconectados que se afastem dos cuidados de custódia em hospitais psiquiátricos? (OMS,

2022a, p. 03).
Diversificar e ampliar a atenção aos transtornos psiquiátricos mais comuns, como depressão e ansiedade. Essa ampliação inclui a distribuição de tarefas que ?expande a atenção baseada em evidências a ser oferecida por profissionais de saúde em geral e provedores comunitários. Também incluiria o uso de tecnologias digitais para apoiar a autoajuda guiada e não guiada e para fornecer atendimento remoto? (OMS, 2022a, p. 03).
Em 2023, A Assembleia Geral da ONU adotou uma resolução:

instando os estados membros a promover e melhorar os serviços de saúde mental...como componente essencial da cobertura universal de saúde, integrando uma perspectiva de direitos humanos nos serviços de saúde mental e comunitários (ONU, 2023, p. 01).

A Resolução conclama os estados membros a adotar, implementar, atualizar, fortalecer ou monitorar todas as leis e políticas existentes relacionadas à política psiquiátrica, para eliminar todas as formas de discriminação, estigma, estereótipos, preconceito, violência, abuso, exclusão social, segregação, privação de liberdade ilegal ou arbitrária, institucionalização médica e sobremedicalização. Ela ?encoraja os estados membros a trabalharem para integrar a saúde mental à atenção primária à saúde até 2030 como componente essencial da cobertura universal de saúde, com o objetivo de garantir que ninguém seja deixado para trás? (ONU, 2023, p. 01).
À resolução, o financiamento da saúde requer solidariedade global e esforço coletivo, solicitando aos estados membros que apoiem esforços de construção e fortalecimento de capacidades nos países em desenvolvimento:

Conclama os estados membros a promoverem a cooperação internacional para compilar conhecimentos, experiências e boas práticas, e [para] construir capacidades no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas, planos e leis relevantes para a saúde mental (ONU, 2023, p. 01).

4.4 A aplicação prática da política nacional da psiquiatria brasileira

No Brasil, as antigas internações de pacientes nos manicômios foram trocadas por tratamento comunitário , desde os anos 1980. A transição do modelo hospitalar para o modelo comunitário, uma rede integrada social e territorialmente, foi anterior, mas foi conforme a demanda da Organização Mundial de Saúde.
No começo da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 1980, antes da adequação legal, a desospitalização e a desinstitucionalização dos pacientes foram reações às condições desumanas observadas em muitos hospitais psiquiátricos, hospícios e manicômios. Os instrumentos institucionais para ser feita essa transferência foram os Centros da Atenção Psicossocial, CAPS; os Núcleos de Atenção Psicossocial, NAPS; os Hospitais-dia.
Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e ?a desospitalização se tornou um processo regulado e substitutivo. A atenção centrada nos hospitais foi substituída por uma ênfase em equipamentos comunitários representados pelos CAPS (Dias, 2011, p. 09):

Os CAPS devem atuar como serviços especializados para o atendimento a pacientes com diferentes níveis de gravidade. Um sistema abrangente de porta de entrada deve incluir a rede de atenção primária disponível e profissionais de saúde mental devem participar ativamente destes serviços. Com relação à

atenção aos pacientes graves e em crise, a resposta adequada está no fortalecimento dos CAPS II e III e na disponibilidade de leitos de observação diária. A parte mais crítica do sistema de atenção em saúde mental parece, no entanto, estar no acesso aos primeiros serviços e com qualidade (Dias, 2011, p. 09).

Os NAPS e os Hospitais-dia surgiram consecutivamente aos CAPS. E a expansão de CAPS e NAPS foi simultânea à retração de hospitais psiquiátricos.

4.4.1 A população e a administração municipal

O funcionamento dos CAPS adota critério populacional para operar a desospitalização de pacientes da psiquiatria e para integrar socialmente pessoas com transtornos mentais:

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

A característica da população municipal é um critério do planejamento da rede de atenção à psiquiatria comunitária nas cidades e da implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida; organizam-se conforme o perfil populacional dos municípios brasileiros; se dividem em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.
O critério populacional é apenas um orientador do planejamento das ações de saúde. Outras demandas da nova psiquiatria existem em cada localidade e é o gestor local que define quais demandas são prioridades.
Serviços Residenciais terapêuticos (SRT) e outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico fazem a reintegração dos pacientes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes na comunidade. Ao serem implantados, os SRTs ?vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade, a vizinhança e outros cenários e pessoas do território? (Brasil, 2005, p. 16); ?surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para concretizar as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico? (Brasil, 2005, p. 15).
Os serviços residenciais terapêuticos tiveram decisão judicial protetiva, que evocou os pacientes da psiquiatria e toda a sociedade:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO ORDINÁRIA - SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL - DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE - TEORIA DA RESERVA DO POSSÍVEL - PRIORIDADE DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - DIREITO À VIDA DIGNA. O direito à saúde engloba toda uma trama de direitos fundamentais cuja proteção é priorizada pela Carta Magna de 1988, não sendo razoável preterir o administrado de seu pleno gozo sob qualquer argumento. Os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental são de suma importância não apenas para os portadores de transtornos mentais e familiares, mas também para a sociedade como um todo, uma vez que, por se tratar de modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, a transferência do paciente para uma Residência Terapêutica permite a redução ou o descredenciamento do número de leitos no SUS. A

teoria da reserva do possível não pode ser utilizada como argumento genérico para que o Poder Público negue aos cidadãos direito que lhes são assegurados pelo texto constitucional, é dizer, tal argumento não pode ser considerado válido quando possa comprometer o mínimo existencial dos cidadãos.
Tribunal de Justiça de Minas Gerais TJ-MG - Apelação Cível: AC 0051405-04.2016.8.13.0123 Capelinha

4.4.2 Recuos financeiros

Inicialmente, a expansão de CAPS, NAPS, hospitais-dia e de SRT foi descontínua, devido à falta de financiamento constante. Os recursos do Ministério da Saúde para a psiquiatria seguiram a tendência anterior, permaneceram majoritariamente destinados aos hospitais psiquiátricos:

As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005, p. 08).

Foi só nos anos 2000 que a importância econômica foi dada aos órgãos de atendimento comunitário. Os recursos financeiros mudaram da rede hospitalar à rede de serviços comunitários: ?no período em questão [a partir de 2002], o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%? (Almeida, 2019, p. 03), simultaneamente aumentou o financiamento dos serviços comunitários com relação ao período anterior.

4.4.3 Avanços extra hospitalares

O Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar (PRH), criado no SUS pelo Ministério da Saúde, em 2004, reduz mais os leitos em ambiente psiquiátricos, inclusive hospitais, e incrementa os serviços extra-hospitalares.
Esse Programa tem limites máximos e mínimos de redução anual de leitos para cada classe de hospitais (definidas pelo número de leitos existentes, contratados pelo SUS). Assim, ?todos os hospitais com mais de 200 leitos devem reduzir no mínimo, a cada ano, 40 leitos. Os hospitais entre 320 e 440 leitos podem chegar a reduzir 80 leitos ao ano (mínimo: 40), e os hospitais com mais de 440 leitos podem chegar a reduzir, no máximo, 120 leitos ao ano? (Brasil, 2005, p. 19).
Surtiu efeitos o encerramento de inúmeros hospitais psiquiátricos que não atendiam aos requisitos mínimos estabelecidos ou que haviam sido objeto de denúncias de violações de direitos humanos. Em 2015, a desinstitucionalização dos pacientes dos antigos hospitais psiquiátricos apresentou progressos significativos. ?Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.4 Caminhos: de volta pra casa

Além da retirada de pacientes de leitos hospitalares, foi criado para a população um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na

obtenção de documentação civil. Esse problema foi crucial para o recebimento do auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, cuja pessoa beneficiada ?deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social? (Brasil, 2005, p. 17).
O maior percalço dos antigos pacientes do serviço de hospitais psiquiátricos, nesse programa assistencial , é a falta da já referida documentação pessoal de identificação civil, devido ao tempo de sua institucionalização no hospital onde foi internado. Entretanto, ?em 2003, 206 pacientes haviam sido incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes? (Almeida, 2019, p. 03).

4.4.5 Descaminhos: desinformação

Apesar do progresso, a política nacional de psiquiatria tem fragilidades sobre financiamento para a implementação plena de diversos componentes da reforma, como o desenvolvimento de recursos humanos, a qualidade da informação produzida pelos serviços, a integração da nova psiquiatria na atenção primária e a sustentabilidade das associações de usuários. Portanto, na esteira dessas dificuldades do sistema público de psiquiatria comunitária, diante de uma demanda social que nunca foi pequena, ocorre:

Uma troca de clientelas, com a migração das camadas de maior renda e de maior articulação corporativa para os planos privados pré-pagos. Este processo se intensificou com o racionamento da oferta de serviços públicos hospitalares em resposta aos problemas de financiamento do SUS e consolidou este tipo de segmentação (Dias, 2011, p. 03).

Outro fato governamental é a destinação dos recursos públicos federais:

Durante a gestão federal interina de Michel Temer e, nos últimos anos, sob o governo do atual presidente da República Jair Bolsonaro, recursos federais, antes voltados à ampliação de serviços de base comunitária inseridos no SUS, foram paralisados, ao passo em que representantes de entidades privadas, que incluem associações psiquiátricas e empresários ligados a instituições asilares, passaram a incidir cada vez mais sobre a agenda pública (Pereira, 2021, p. 03).

Segundo informações do Ministério da Cidadania, ?o repasse de recursos públicos a entidades que administram comunidades terapêuticas no país passou de R$157 milhões, em 2019, para R$300 milhões, em 2020? (Pereira, 2021, p. 04). Entretanto, órgãos e mecanismos públicos nacionais denunciavam a falta de fiscalização, publicização de informações, diretrizes práticas e critérios técnicos que garantiriam o funcionamento legal dessas instituições no país.
Portanto, o acesso ao orçamento do Ministério da Saúde para a internação em ambiente psiquiátricos brasileiros, inclusive hospitais, em 2017 e 2018, permite constatar um ?crescimento expressivo do financiamento público em hospitais psiquiátricos em detrimento dos recursos aplicados na rede pública extra-hospitalar, composta por serviços como os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), as UAs (Unidades de Acolhimento) e os Centros de Convivência e Cultura? (Pereira, 2021, p. 05).
Essa inversão de valores financeiros é também a inversão dos valores que nortearam a política nacional psiquiátrica. Os recursos públicos devem ser levados ao financiamento das entidades de interação

territorial e social dos tratamentos dos pacientes psiquiátricos, não a hospitais.

5 CONCLUSÃO

Por fim, tudo o que se disse sobre doença e saúde mental, internacional e nacionalmente, trata-se das mesmas definições. As doenças mentais duraram todo o tempo da história da humanidade, até o final do século XX e foram sinônimas de seus antigos ?tratamentos?.
Ainda são estigma, discriminação, violações de direitos humanos, das liberdades individuais, distinção de alguma espécie, pobreza, desigualdade, violência, abuso sexual infantil, abuso por intimidação, desigualdades sociais e econômicas, perseguição de indivíduos por identidade de gênero, por orientação sexual, por religião, por classe, por status de migração ou deficiência, guerra e crise climática, a pandemia da Covid-19, tudo o que difere de convenções, do agrado de alguém, que internava mesmo seus entes para se livrar de estorvo humano.
Mas alguém não interna mais ninguém para se livrar de estorvo humano nenhum. A dignidade da pessoa humana, os direitos humanos, enfim, sopraram as faces dos maiores deserdados do mundo. A saúde mental, surgida no final do século XX, é sinônimo de boa convivência, de tratamento comunitário; antônimo das internações hospitalares e das institucionalizações dos internos, os detentos, as antigas vítimas do próprio tratamento.
Apesar da atualização dos conceitos e das práticas, da troca da doença pela saúde, do andar da carruagem, da inexorável marcha do tempo, de quando a História continua superando as imprevisibilidades ainda existem conveniências, descaminhos, recuos, que desafiam as novidades da época em que nos encontramos. Por isso, a Organização das Nações Unidas precisa reeditar o mesmo programa, pra cumprir a mesma finalidade, de 2013 a 2030, de 2020 a... 2030!!!
No Brasil, o passo da Humanidade também é lento, mas o compasso é atual. O atendimento psiquiátrico comunitário tem todas as faces que consegue e que talvez sejam suficientes, os CAPS, os NAPS, os Hospitais-dia, o Serviço Residencial Terapêutico, os orçamentos apertados, o verdadeiro sacerdócio dos trabalhadores da Saúde Mental que tem menos do que precisam e fazem mais do que podem.
Se realmente o tempo for o senhor da razão, as conveniências que atrasam o trabalho de quem faz a Saúde Mental são permanências de um passado distante.

REFERÊNCIAS

ABNT. Guia de formatação de trabalho acadêmico. Disponível em: https://tecnoblog.net/responde/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>. Acesso em: 3 ago. 2024.

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cadernos de Saúde Pública, [s.l.], v. 35, n. 11, jan./2019. Disponível em: https://www .researchgate.net/publication/336912156_Politica_de_saude_mental_no_Brasil_o_que_esta_em_jogo_nas _mudancas_em_curso. Acesso em: 29 set. 2024.

ARBEX, Daniela. Holocausto brasileiro. 16 ed. São Paulo: Geração, 2016.

BERTOLOTE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais . Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 152-156, 1995. Disponível em:

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Lei n° 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes com transtornos mentais que saíram de internações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS ? 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil ? Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2º Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil ? relatório final. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. 25-28 jun. 1987. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 1ª Região. Apelação Cível nº 0002314-16.2013.4.01.3809. Órgão julgador: Quinta Turma. Apelante: Michel de Lima Kirim. Apelado: Caixa Econômica Federal ? CEF. Órgão julgador: Quinta Turma. Relatora: Desembargadora Federal Daniele Maranhão Costa. Data de julgamento: 11 jul. 2018. Data de publicação: 20 jun. 2018. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/trf-1/883582430. Acesso em: 8 nov. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA; MECANISMO NACIONAL DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA; CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO; MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional. Brasília: CFP, 2021. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Relatorio_Inspecao_HospPsiq.pdf. Acesso em: 21 nov. 2021.

DIAS, Aline Inglez; RIBEIRO, José Mendes. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [s.l.], v. 16, n. 2, dez./2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/rDzV5LcCF9mBrFrx9xsBgXP/. Acesso em: 29 set. 2024.

FIOCRUZ. Manifesto de Bauru. 1987. Disponível em: https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/14. Acesso em: 30 jul. 2024.

FORTES, Mariângela de Assis Gomes. A construção do SUS. 1978. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/migrados/File/apresentacao_do_SUS_para_Ponta_Grossa_2013.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

https://www.scielo.br/j/rsp/a/wH9HgJqGDc5PSX5HQnSJmKn/. Acesso em: 20 nov. 2024.

MAD IN BRASIL. O posicionamento crítico da ONU sobre a Psiquiatria. 18 jun. 2017. Disponível em: https://madinbrasil.org/2017/06/o-posicionamento-critico-da-onu-sobre-a-psiquiatria-algumas-observacoes-sobre-o-mais-recente-relatorio/. Acesso em: 16 jul. 2024.

MAGNO, Patrícia. Princípios para a proteção das pessoas com doença mental e para o melhoramento dos cuidados de saúde mental. 1991. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2015/09/Princ%C3%ADpios-ONU-prote%C3%A7%C3%A3o-pessoas-transtorno-mental.pdf. Acesso em: 17 jul. 2024.

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 0051405-04.2016.8.13.0123. Órgão julgador: 4ª Câmara Cível. Data de julgamento: 14 maio. 2020. Data de publicação: 15 jun. 2020. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-mg/1773620757. Acesso em: 8 nov. 2024.

MORAIS, Pâmela. Saúde pública e as bases de funcionamento do SUS. Politize, 19 mar. 2021. Disponível em: https://www.politize.com.br/saude-publica-e-como-funciona-o-sus/. Acesso em: 29 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.un.org/disabilities/documents/natl/portugal-c.doc. Acesso em: 21 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas defendem saúde mental como um direito fundamental. 18 out. 2023. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2023/10/1821572. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. OMS divulga novas diretrizes sobre cuidados com saúde mental que priorizem recuperação e comunidades. 10 jun. 2021. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2021/06/1753342. Acesso em: 16 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Caracas. 1992. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. OMS destaca necessidade de transformar relação com a saúde mental. 21 jun. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/187134-oms-destaca-necessidade-de-transformar-rela%C3%A7%C3%A3o-com-sa%C3%BAde-mental. Acesso em: 16 jul. 2024.

PARANÁ. Tribunal de Justiça do Paraná. Agravo de Instrumento nº 0051951-51.2019.8.16.0000. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-pr/0041951-51.2019.8.16.0000. Acesso em: 8 nov. 2024.

PEREIRA, Manuela Rached. Uma breve e recente história da Reforma Psiquiátrica brasileira. Desinstitute, 8 jul. 2021. Disponível em: https://desinstitute.org.br/noticias/uma-breve-e-recente-historia-da-reforma-psiquiatrica-brasileira/?gclid=CjwKCAjwndCKBhAkEiwAgSDKQSEK3NLuF-hoqrs1bgy289pejtn44dOM8D2FYErVBVip7Mr6E9tE3hoCKxAQAvD_BwE. Acesso em: 5 out. 2021.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Apelação Cível nº 0065606-57.2006.8.19.0002. Órgão julgador: 17ª Câmara Cível. Apelante 1: Instituição Frederico Leomil. Apelante 2: Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Apelados: Os mesmos. Relatora: Desembargadora Marcia Ferreira Alvarenga. Data de julgamento: 09 abr. 2014. Data de publicação: 14 abr. 2014. Disponível em: https ://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/tj-rj/116644189/inteiro-teor-143605297. Acesso em: 8 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Resolução sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial é adotada em dia histórico para a psicologia na ONU. 10 jul. 2023. Disponível em: https://www.sbponline.org .br/2023/07/resolucao-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-e-adotada-em-dia-historico-para-a-psicologia-na-onu. Acesso em: 16 jul. 2024.

ZIZLER, Rosangela Lobo. Violações de direitos humanos na história da psiquiatria no Brasil. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 24, n. 5772, 2019. ISSN 1518-4862. Disponível em: https://jus.com.br/artigos /67093. Acesso em: 8 nov. 2021.