

## A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE DOENÇA MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Débora Regina Menegat\*

**Sumário:** 1. O portador de doença mental como sujeito de direitos humanos e fundamentais e a proteção da sua dignidade; 2. A institucionalização da loucura e os movimentos globais de sua superação; 2.1. Histórico do reconhecimento e do tratamento da loucura; 2.2. Movimentos globais de superação do modelo de atendimento hospitalocêntrico; 2.2.1. Movimento Inglês ou Antipsiquiatria; 2.2.2. Movimento Francês ou de "Setor"; 2.2.3. Movimento Americano ou Psiquiatria Preventiva ou Comunitária; 2.2.4. Movimento Italiano ou Psiquiatria Democrática; 3. A desinstitucionalização do portador de doença mental: aspectos jurídicos e sociais da quebra do antigo paradigma; 3.1. A desinstitucionalização como desconstrução; 3.2. A legislação internacional; 3.3. A legislação brasileira; 3.3.1. A Lei 10.216/01; 4. Conclusão.

### Introdução

Não são poucas as situações, atualmente, em que os operadores do Direito vêm sendo confrontados com a ideia de desinstitucionalização do portador de doença mental, consoante o disposto na Lei 10.216/01, que instituiu a chamada reforma psiquiátrica brasileira.

A citada legislação traz à discussão um problema não só brasileiro, mas mundial, de estigmatização e de exclusão social históricas do portador de transtorno mental gerado pela assistência psiquiátrica até então vigente, baseado num modelo hospitalocêntrico e na hegemonia médica e farmacológica do tratamento, cumprindo, em seu mister, com um importante

---

\* Promotora de Justiça atuante junto à 1ª Promotoria de Justiça Cível e de Direitos Humanos de Gravataí. Especialista em Direitos Fundamentais e Constitucionalização do Direito pelo Programa de Pós-Graduação da PUCRS/AJURIS.

papel transformador, definindo diretrizes e os direitos básicos das pessoas com sua saúde mental afetada e fomentando, com isso, a progressiva redução e extinção dos leitos psiquiátricos e a adoção de medidas comunitárias, de caráter psicossociais, capazes de atender adequadamente à demanda da saúde mental.

A ideia da desinstitucionalização e da criação, em sua substituição, de espaços terapêuticos não é nova e já vem, há muito, sendo debatida e construída pelos trabalhadores em saúde mental (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), tanto no país quanto no exterior. A Inglaterra, a França, os EUA e a Itália, precursoras de movimentos antimanicomiais, já adotaram alternativas de superação do modelo hospitalocêntrico, que se encontram ainda em franca construção e evolução.

Em um contexto em que muito se fala de direitos humanos, a compreensão (principalmente no plano da sua aplicação prática) dessa Lei mostra-se de especial importância principalmente aos operadores do Direito, chamados a intervir em uma esfera em que o saber médico é preponderante. Não só pela percepção dos altos custos de uma hospitalização (do que certamente decorre), mas também de que a internação pode ser estigmatizante e, na grande maioria das vezes, não dará solução (senão a contenção temporária), nem o tratamento contínuo de que provavelmente a pessoa necessita.

Para tanto, o operador do Direito precisa aproximar-se mais da ideia de desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica, procurando compreendê-la e questionar o processo social fundante da internação da loucura. Em segundo lugar, precisa estar ciente das medidas pensadas para o enfrentamento da doença mental que podem perfeitamente substituir a medida odiosa da internação em hospital psiquiátrico e melhor contribuir para o tratamento desse doente. Neste sentido, pois, pretende contribuir o presente trabalho.

## **1 O portador de doença mental como sujeito de direitos humanos e fundamentais e a proteção da sua dignidade**

A premissa fundamental para a abordagem do tema sobre desinstitucionalização da pessoa portadora de doença mental é partir do reconhecimento de sua dignidade de pessoa humana. Perceba-se que a explicitação da dignidade da pessoa humana pode ser encontrada através da análise de uma dimensão ontológica, como tratava Kant,<sup>1</sup> comunicativa e relacional (no sentido de uma igual dignidade a todos os homens, que deve

---

<sup>1</sup> KANT, Immanuel. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2005.

ser co-partilhada, fundada no respeito recíproco e no reconhecimento alheio) e, ainda, histórico-cultural (no contexto de desenvolvimento da humanidade), apresentando-se em dimensões defensivas e prestacionais por parte do Estado.<sup>2</sup> Mas sem olvidar dessas vertentes, pode-se simplesmente afirmar<sup>3</sup> que a dignidade da pessoa humana é um dado prévio e inato a qualquer pessoa, em razão de sua própria humanidade, conforme foi expressamente previsto na Declaração Universal de 1948, de sorte que também a pessoa portadora de doença mental é titular de igual dignidade e direitos inerentes a todos os seres humanos.

Neste norte, parece ser de todo irrelevante a discussão se a pessoa humana é consciente da sua dignidade ou se possui compreensão sobre ela.<sup>4</sup> Isto porque, como já se apontou, a nota característica da dignidade, que para Kant<sup>5</sup> consiste na autonomia e na racionalidade, deve ser considerada como a “capacidade potencial que cada ser humano tem de autodeterminar sua conduta, não dependendo de sua efetiva realização no caso da pessoa em concreto, de tal sorte que também o absolutamente incapaz (por exemplo, o portador de grave deficiência mental) possui exatamente a mesma dignidade que qualquer outro ser humano física e mentalmente capaz [...]”.<sup>6</sup>

Em conclusão semelhante, o professor espanhol Francisco Fernández Segado, calcado nas perspectivas da dignidade apontadas por Ruiz-Giménez, preleciona:

- a) En primer término, que la ‘dignidad básica o radical de la persona’ no admite discriminación alguna dada la igualdad esencial de todos los seres humanos.
- b) En segundo lugar, que la dignidad ontológica, esto es, la que corresponde al hombre como ser dotado de inteligencia, racionalidad y libertad, no está ligada no a la edad ni a la salud mental de la persona, que tienen, sin duda, incidencia en ciertos aspectos jurídicos de la capacidad de obrar, pero no en la personalidad profunda.
- c) Tampoco el ser humano que decae en su vida moral o, incluso, comete hechos tipificados como delitos en el ordenamiento jurídico-penal, pierde por eso su dignidad ontológica.

---

<sup>2</sup> Cf. SARLET, Ingo W. *Dimensões da Dignidade. Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 18-30.

<sup>3</sup> Vale, aqui, a advertência de Béatrice Maurer sobre os perigos de deixar apenas à subjetivação o conceito, havendo a necessidade de se firmar um certo consenso social a respeito da noção da dignidade, pois, sendo inalienável, seu respeito deve ser tomado em toda sua amplitude. MAURER, Béatrice. *Notas sobre o respeito da dignidade da pessoa humana... ou pequena fuga incompleta em torno de um tema central. Dimensões da Dignidade*. Ingo W. Sarlet (Org.). Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 85-86.

<sup>4</sup> KLOEPFER, Michael. *Vida e dignidade da pessoa humana*. In Ingo W. Sarlet (Org.). *Dimensões da Dignidade...* Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005. p. 161.

<sup>5</sup> KANT, Immanuel. *Op. cit.* p. 68-69.

<sup>6</sup> SARLET, Ingo W. *Dimensões da Dignidade...*, p. 21-22.

d) Por último, por convergentes razones, la 'dignidad básica' de la persona trasciende las fronteras territoriales y ha de ser respetada no sólo a los ciudadanos de un Estado, sino también a los extranjeros.<sup>7</sup>

Ronald Dworkin, por sua vez, fazendo ponderações sobre a dignidade das pessoas com demência, afirma que a dignidade, para além do reconhecimento do próprio valor (voz ativa), também implica no reconhecimento dos outros (voz passiva) de que a pessoa “é o tipo de criatura cuja posição moral torna intrínseca e objetivamente importante o modo como sua vida transcorre”, fundado no valor (na santidade e na inviolabilidade) da vida humana.<sup>8</sup>

A prescindibilidade de que a pessoa humana tenha consciência de sua dignidade para sua efetiva proteção, aliás, já foi reconhecida pelo Tribunal Constitucional Alemão, que, em controle abstrato sobre norma a respeito da criminalização do aborto (BverfGE 39, 1), decidiu que “Onde houver vida humana, caberá a dignidade humana. Não importa se o titular desta dignidade tem [ou não] dela consciência, sabendo como preservá-la por si mesmo. As potenciais capacidades inerentes ao ser humano são suficientes para fundamentar a dignidade humana. [...]”<sup>9</sup>

Desse reconhecimento da dignidade em todo o ser humano sobressai evidente o dever de proteção do Estado e da comunidade, na sua dimensão positiva, mesmo àquelas pessoas que perderam sua capacidade de autodeterminação. Devem ser elas assistidas e protegidas pelo Estado e pela sociedade contra qualquer forma de violação de sua dignidade, tais como a estigmatização, o tratamento degradante, a tortura, pena de morte, a escravidão, etc., ainda que com elas consentam.<sup>10</sup>

A dignidade de todas as pessoas, portanto, como valor inerente que é, deve ser respeitada enquanto valor absoluto,<sup>11</sup> independentemente do juízo que

<sup>7</sup> SEGADO, Francisco Fernández. In Ingo W. Sarlet (Org.). *Jurisdição e direitos fundamentais*. v. I, Tomo II, Anuário 2004/2005. Ajuris. Porto Alegre: Livraria do Advogado, p. 110-111 e 120.

<sup>8</sup> DWORKIN, Ronald. *Domínio da Vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 337.

<sup>9</sup> Cinquenta Anos de Jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal Alemão. Org. Leonardo Martins. Ed. Konrad Adenauer. 2005. Uruguai. p. 266-273.

<sup>10</sup> Como exemplo da intervenção protetiva do Estado, pode-se citar o célebre caso do lançamento de anões ocorrido em Morsang-sur-Orge, França, em que o prefeito daquela cidade interditou estabelecimento de espetáculos em que se lançavam anões, de forma competitiva, de um lado a outro do estabelecimento. O Tribunal Administrativo Francês, julgando o caso em 1995, entendeu que, mesmo com a concordância dos anões, a situação caracterizava ofensa à sua dignidade, sendo esta bem fora do comércio e irrenunciável. Conforme colacionado por SARLET, Ingo W. *In Dignidade...* p. 108. Assim também em MAURER, Béatrice. Notas sobre o respeito da dignidade da pessoa humana... ou pequena fuga incompleta em torno de um tema central. In Ingo W. Sarlet (Org.). *Dimensões da Dignidade...* Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

<sup>11</sup> No sentido de que a dignidade da pessoa humana pode sofrer ponderações quando, principalmente, contrapor-se à dignidade de outrem, ver: SARLET, Ingo W. *Dignidade...* Op. cit. p. 130. Na mesma senda: ALEXY, Robert Alexy *Teoria de los derechos fundamentales*,

a pessoa faça sobre si mesma ou da consciência do seu próprio valor. O Estado, a sociedade e a família devem, na esteira da dimensão prestacional da dignidade, criar condições para seu afloramento, mesmo quando a própria pessoa humana não tenha condições, por si própria, de reivindicá-la, vindo, assim, a política de desinstitucionalização, na sua correta compreensão como adiante se verá, em evidente socorro da dignidade da pessoa humana da pessoa portadora de doença mental.

## **2 A institucionalização da loucura e os movimentos globais de sua superação**

Apesar do reconhecimento de que também o portador de doença mental, ainda que lhe seja ausente qualquer consciência, é sujeito de idêntica dignidade e, por consequência, de direitos para uma existência digna, que lhe devem ser assegurados, o efetivo reconhecimento de direitos e, diga-se, da dignidade, às pessoas portadoras de doença mental ainda não é uma prática instalada na sociedade (família, trabalhadores em saúde mental, operadores do Direito, etc.), que insiste na institucionalização do doente como medida de solução à doença mental. Mas para entender melhor as razões dessa resistência, que não pode ser refutada de maneira simplista, é preciso repassar e compreender o processo de reconhecimento social da loucura ao longo dos tempos, quer pelo tratamento a ela dispensado, quer pelos significados que ela tomou conforme o momento histórico e cultural vivenciados, resgatando também as raízes e origens da psiquiatria, como construção do saber e estudo clínico da doença mental, bem como algumas das sólidas contribuições que foram sendo legadas na área.

A loucura já tomou diversas acepções na história do homem, levando séculos para ser encarada como doença e receber tratamento terapêutico. E muito embora a apropriação desse campo do saber pela medicina positiva, que ocorreu tão-somente a partir do século XVIII, fundada em uma metodologia científica e organicista então emergente, percebe-se que ela ainda não detém a resposta para toda a sorte de inquietações que advêm do reconhecimento e enfrentamento das perturbações de origem mentais, de modo que, nesse passo, parecem pertinentes os apontamentos de autores como Lévi-Strauss<sup>12</sup> e Foucault,<sup>13</sup> que veem na loucura um fator sobretudo cultural.

---

p. 108-109, *de que o princípio admite uma realização em diversos graus*. Parece claro, todavia, na doutrina de ambos, que eventual relativização do princípio da dignidade pode ser necessária apenas frente à violação da igual dignidade de terceiros, não admitindo a dignidade, em si mesma, qualquer sacrifício.

<sup>12</sup> Para o citado antropólogo, “Diferentes tipos de perturbação ordenam-se em categorias, admitem uma classificação e as formas predominantes não são as mesmas segundo as sociedades e segundo

## 2.1 Histórico do reconhecimento e do tratamento da loucura

As perturbações que acometiam os homens eram encaradas, primitivamente, como influências malignas, como manifestação do sobrenatural, de modo que se encontrava na magia do feiticeiro e nos rituais a cura para os males do espírito,<sup>14</sup> prática esta que, em certa medida, inda sobrevive nos tempos atuais em determinadas culturas indígenas e, não mais veladamente, na prática de algumas religiões cristãs neopentecostais.<sup>15</sup>

Na antiguidade clássica, a loucura foi descrita nos textos literários, mas não chegou a receber um estudo mais sistematizado. Na organização social grega, inicialmente na era pré-socrática, o comportamento insensato do homem era visto como uma interferência dos deuses na vida humana. Posteriormente, com as obras de Eurípidés, esse modelo mitológico-trágico da loucura, ainda no período antigo, passa a ter uma nova abordagem, mais psicológica, oriunda na natureza conflitiva do homem, em suas paixões e emoções, apurada no comportamento de personagens como Fedra, de *Hippolytus*, Medeia e Orestes.<sup>16</sup>

O distanciamento definitivo da explicação mitológica da loucura, por sua vez, se verifica com Hipócrates (séc. V, a. C.), para quem a loucura seria apenas o desarranjo da natureza orgânica, corporal, do homem,<sup>17</sup> propondo técnicas terapêuticas específicas para cada quadro. Hipócrates, com seus estudos, acaba colocando fim à medicina sacerdotal que vinha sendo adotada até então por força do entendimento mitológico da doença mental, o que, no entanto, a par dos pensamentos que se lhe sucederam, acabou, já na Idade Média, sendo novamente resgatado, por conta da explicação demoníaca da doença mental.

---

tal ou qual momento da história de uma mesma sociedade”. LÈVI-STRAUSS, C. (Introdução à obra de Marcel Maress. In: Sociologia e antropologia. São Paulo, EPU, 1974, vol. I, p. 9) *apud* Nilson do Rosário Costa e Silvério Almeida Tundis (Org.). Cidadania, classes populares e doença mental. In: *Cidadania e Loucura*. Petrópolis: Vozes, 2001. 7. ed. p. 10.

<sup>13</sup> FOUCAULT, Michel, sustentando que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”. In: *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994. 5. ed. p. 71. Foucault, aliás, já advertia, ao tratar da história da loucura, que ela “[...] não é a descoberta progressiva daquilo que é a loucura na sua verdade de natureza; mas somente a sedimentação do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos.” (p. 80).

<sup>14</sup> ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon T. *História da Psiquiatria. Uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. Trad. Aydano Arruda. São Paulo: IBRASA, 1968. p. 29.

<sup>15</sup> Para a constatação do que se afirma, que não será objeto de análise no presente trabalho, basta observar os programas televisivos e as chamadas comerciais patrocinadas por tais Igrejas e exibidos em rede nacional de televisão.

<sup>16</sup> PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. 2. ed. p. 28-47.

<sup>17</sup> *Ibidem*. p. 48.

Da época romana, que absorveu o legado grego, outras personalidades trouxeram importante contribuição para a definição da doença mental. Dentre elas, destaca-se o filósofo Cícero (106-43 a.C.), que em sua obra *Os Tusculanos* faz apontamentos sobre a origem emocional de doenças orgânicas,<sup>18</sup> o que foi posteriormente abordado também por Sorano (93-139 d.C.)<sup>19</sup> e pelo médico romano Galeno (131-200, d.C.), para quem a explicação da loucura residia não só nos humores, de origem somática, já tão abordados na doutrina de Platão e Aristóteles, mas também na natureza psicológica.<sup>20</sup>

Os avanços até então feitos no estudo da loucura e de seu tratamento, porém, acabaram sofrendo grandes retrocessos com a queda do Império Romano, cujas causas são atribuídas fundamentalmente à peste e às invasões bárbaras, quando se instalou na Europa a chamada doutrina demonista. “O colapso do sistema romano de segurança produziu um retrocesso geral à crença na magia, misticismo e demonologia”, explicam Alexander e Selesnick.<sup>21</sup>

A doutrina demonista entendia a loucura como manifestação de possessão diabólica ou bruxaria e acabou por se difundir por toda a Idade Média até a Idade Moderna, instalando-se uma verdadeira perseguição àqueles que manifestassem algum comportamento tido como desviante, fosse ou não doente mental.

Mas na Antiguidade e na Idade Média, os loucos, de uma maneira geral, ainda não eram sistematicamente institucionalizados.<sup>22</sup> Na Baixa Idade Média (séc. XI a XV), entretanto, viu-se na Europa, em razão da decadência social, política e econômica experimentadas pela quebra do sistema feudal, o aumento assustador nessa crença no demônio e nos poderes sobrenaturais. O tratamento mais humanitário do período anterior passou, então, a ceder espaço em razão da depreciação dos primeiros ideais cristãos e da explicação sobrenatural da doença, culminando com a superveniência de uma assistência psiquiátrica fulcrada no exorcismo demonológico.<sup>23</sup>

---

<sup>18</sup> ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon T. Op. cit. p. 79.

<sup>19</sup> Ibidem. p. 80.

<sup>20</sup> PESSOTTI, Isaias. Op. cit. p. 76.

<sup>21</sup> ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon. Op. cit., p. 83.

<sup>22</sup> FOUCAULT, Michel. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994. 5. ed. p. 78. Segundo ele, estabelecimentos para tratamento dos loucos ainda eram uma prática localizada. Alguns hospitais, no século XV, provavelmente inspirados pela medicina árabe, foram abertos para cuidar dos loucos, citando Saragosa, na Espanha, e também na Itália. Também ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon. Op. cit., p. 86, referem o trabalho desenvolvido no Bethlehem Hospital, em Londres, na Baixa Idade Média: “era originariamente muito diferente do inferno que depois se tornou conhecido como Bedlam. Naqueles primeiros dias os pacientes eram tratados com muito mais interesse. Quando estavam em condições de deixar o hospital sob os cuidados dos parentes, recebiam braçadeiras para usar, a fim de poderem voltar ao hospital se seus sintomas reaparecessem. Esses pacientes recebiam tanta atenção e simpatia da coletividade que vadios frequentemente falsificavam braçadeiras para serem tomados como ex-pacientes de Bethlehem.”

<sup>23</sup> ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon. Op. cit., p. 86.

Por decorrência, o início do período do Renascimento, apesar da formulação de ideais como a razão e liberdade do homem, é marcado como aquele em que a doutrina demonista apareceu com formulações mais sistemáticas,<sup>24</sup> o que se verifica precisamente com as ações do Tribunal da Inquisição. Milhares de pessoas, com base nessa doutrina antidiabólica, dentre elas doentes mentais, foram lançadas à fogueira em verdadeiro processo de extermínio.

Importante documento, publicado na Alemanha em 1487 e que logo se difundiu por toda a Europa e Reino Unido, contribuiu largamente para essa caça às bruxas. Trata-se do *Malleus Maleficarum* (O Martelo das Feiticeiras), de autoria dos inquisidores James Sprenger e Heinrich Kraemer. Embora não oficialmente aceito pela Igreja Católica, era um manual que descrevia não só os sintomas e os malefícios causados, mas ensinava como reconhecer as bruxas e possessões e os procedimentos para inquiri-los e processá-los.

Modo igual também versou o chamado *Compendio dell'Arte Essorcistica, et Possibilita delle Mirabili et Stupende Operazioni delli Demoni, et de'Malefici*, 1576, de autoria de Hieronimus Menghius Vitellianensis, expressando verdadeira demonização da doença (principalmente a mental) e a instituição de uma 'medicina eclesiástica', com a utilização de rituais e exorcismos, no seu combate.<sup>25</sup>

A perplexidade causada pela doutrina demonista, em plena Renascença, nos meios mais cultos da sociedade fez surgir importantes reações em figuras como Erasmo de Rotterdam (1467-1536) e Levinus Lemnius (1505-1568). Para esse último, em especial, a loucura não era manifestação maligna, mas sim doença, a necessitar de tratamento.<sup>26</sup> Igualmente, no período, se destacam pelo reconhecimento da loucura como doença mental e pela condenação que fizeram às práticas inquisitoriais o pensamento de Paracelso (1493-1541) e Johann Weyer (1515-1588).<sup>27</sup>

A ascensão de pensamentos científicos e da racionalidade cartesiana, entretanto, fez com que o próprio clero, em 1709, passasse a condenar (no *Index Librorum Prohibitorum*) as práticas supersticiosas suscitadas em obras como o Martelo das Feiticeiras e o Compêndio.<sup>28</sup>

Não obstante, nesse início da Idade Moderna (séc. XV a XVIII), a ruptura do sistema feudal e o advento do mercantilismo trouxeram a necessidade de um 'novo' homem e introduziram-lhe exigências que não puderam ser satisfeitas por muitos deles – entre os quais os loucos. Assim,

<sup>24</sup> PESSOTTI, Isaias. Op. cit. p. 83.

<sup>25</sup> PESSOTTI, Isaias. Op. cit. p. 106-120.

<sup>26</sup> PESSOTTI, Isaias. Op. cit. p. 119-120.

<sup>27</sup> ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon. Op. cit., p. 126-130.

<sup>28</sup> PESSOTTI, Isaias. Op. cit. p. 123.



além de serem perseguidos, os loucos passaram também a ser encarcerados em instituições, juntamente com uma população de pessoas sem serventia para os meios de produção (condenados, aleijados, velhos, enfermos, doentes venéreos e outros).

O internamento em questão, porém, ainda não deteria uma finalidade curativa. É o que nos mostra Michel Foucault, em sua obra *História da Loucura na idade clássica*, que, apesar da perplexidade e controvérsia que suscitaram (e continuam suscitando) no mundo literário e científico, revelam uma Idade Moderna com a prática arraigada de institucionalização<sup>29</sup> de pessoas não ajustadas, cuja herança de espaço moral da exclusão, ao final revela, sobressai até os dias atuais. Não se destinando só aos alienados, mas também aos mendigos e ociosos, aos devassos e libertinos, aos profanos, aos doentes venéreos, aos leprosos, aos deficientes e velhos, aos condenados, entre outros, ficavam todos submetidos ao asilamento em hospitais gerais ou casas de internação, cujo objetivo era apenas ético e não de tratamento.<sup>30</sup> Partiam do auxílio e caridade à punição, servindo como forma de retirar do convívio social aquelas pessoas inconvenientes e lhes dar a devida correição com a prática de torturas, o acorrentamento, etc.<sup>31</sup>

De fato, consoante a pesquisa de Michel Foucault, os registros históricos apontam massivos internamentos, no período, em instituições como o Saint-Lazare, Bicêtre, La Salpêtrière e Hôtel-Dieu, na França, e Bethlehem, na Inglaterra. Da segregação dos leprosos na Idade Média passou-se ao internamento, na Idade Moderna, de todas as espécies de ‘desajustes morais’.

Apesar desse quadro e da superstição ainda reinante no período, retomou-se, a partir das bases do pensamento científico, literário e artístico lançadas no Renascimento, já em pleno século das luzes (séc. XVIII), a uma discussão e tentativa de abordagem clínica da doença mental, estabelecendo-se asilos e hospitais específicos para acolher os doentes mentais.

Assim, em 1790, sob a influência do Iluminismo e dos princípios que nortearam a Revolução Francesa, foi editada na França uma lei que criava hospitais exclusivos para o tratamento dos insanos,<sup>32</sup> com o que, podendo ser

---

<sup>29</sup> Segundo Foucault, “[...] o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses.” FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008. p. 48.

<sup>30</sup> Para Foucault (Op. cit. p. 115): “Os cuidados médicos são enxertados à prática do internamento a fim de prevenir alguns de seus efeitos; não constituem nem o sentido, nem o projeto do internamento.”

<sup>31</sup> Ibidem. p. 79.

<sup>32</sup> FOUCAULT, Michel. *História da Loucura...* Op. cit. p. 463.

considerado como um primeiro momento de reforma psiquiátrica, se passou a inserir no internamento também cuidados médicos.

Foi, desse modo, entre os muros do internamento do hospital Bicêtre, em 1793, que o médico francês Phillippe Pinel, grande nome da psiquiatria, encontrou os “loucos”<sup>33</sup> e procurou dar-lhes atenção clínica e sistemática e, também, tratamento mais digno e humano, tirando-lhes as correntes que os aprisionavam, separando-os dos demais encarcerados.

À reforma psiquiátrica iniciada por Pinel também se atribuem a contribuição de nomes como William e Sammuel Tuke na Inglaterra (em 1792), Vincenzo Chiarugi na Itália (em 1789) e Benjamin Rush nos Estados Unidos (em 1812).

O italiano Vincenzo Chiarugi fez uma das primeiras tentativas de tratar de maneira humana e sem contenções os insanos internos em hospitais psiquiátricos. Já os irmãos Sammuel e Willian Tuke na Inglaterra, ao fundar o Retiro de York, em 1796, uma casa especialmente destinada ao tratamento moral dos doentes mentais, descreveram a organização e as práticas do Retiro, influenciando o tratamento dos doentes em todos os hospitais do país, da Europa e dos Estados Unidos. Por fim, o norte-americano Benjamin Rush foi o primeiro médico a realizar estudos metódicos sobre doenças mentais.<sup>34</sup>

Pela realização dessa reforma psiquiátrica, protagonizada pelo trabalho e estudo das personalidades antes citadas sob a inspiração dos ideais revolucionários, atribui-se o nascimento do hospital psiquiátrico e da psiquiatria como campo de saber, inaugurando-se, assim, uma nova fase no trato da doença mental, que se tornou o objeto de análise dessa recém inaugurada ciência.

O modelo de medicina mental iniciado por Pinel e as formulações que se lhe sucederam, de origem predominantemente organicista ou positivista (citando-se Esquirol como seu grande expoente e, por volta de 1900, Emil Kraepelin, que desenvolveu um quadro nosográfico das doenças mentais), perdurou basicamente até a primeira metade do século XX.

Como de fato revelam Alexander e Selesnick, apesar do número de eminentes psiquiatras que surgiram no período e dos precedentes filosóficos legados por Arthur Schopenhauer (1788-1860) e Friederich Nietzsche (1844-1900), não houve por parte da psiquiatria do século XIX qualquer preocupação e evolução maior a respeito da subjetividade e escuta do paciente, cabendo senão a autores literários, como Dostoievsky, Gustave Flaubert, Bernard Shaw, dentre outros, já na segunda metade do século, a incumbência de penetrar um pouco mais na análise das raízes psicológicas da personalidade.<sup>35</sup>

<sup>33</sup> FOUCAULT, Michel. *História da Loucura...* Op. cit. p. 48.

<sup>34</sup> ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon. Op. cit. p. 165-172.

<sup>35</sup> ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon. Op. cit., p. 240.

Apesar da visão eminentemente orgânica da psiquiatria no período, no entanto, não se pode afirmar que o século XIX tenha passado totalmente ao largo da tendência psicológica. Da primeira metade do século surgiram grandes expoentes, como Johann Christian Reil, em 1803, que publicou o primeiro tratado sistemático de psicoterapia, propondo um método e programa terapêutico empiricamente baseado,<sup>36</sup> e Johann Herbart (1776-1841), quem mais fez pela transformação da psicologia em disciplina empírica separada.<sup>37</sup> Todavia, o estudo da psicologia no período foi ofuscado pelo nascente conhecimento científico sobre o sistema nervoso central (ao que se denominou como neuropsiquiatria<sup>38</sup>), sendo apenas retomado, já no final do século, por, dentre outros, Sigmund Freud.

A prática terapêutica adotada por Sigmund Freud (1856-1939), aliás, é considerada como marco da segunda reforma psiquiátrica. Considerado pai da psicanálise, partiu ele do ponto de vista da psicologia como ciência (reconhecida enquanto tal já no século XIX) e colocou o ato de ouvir o paciente na prática cotidiana em saúde mental como método terapêutico.

Apesar dessas novas formulações para a definição e trato da doença mental, ao que se sucedeu também a descoberta dos fármacos e a utilização de técnicas de eletrochoque (primeira experiência realizada em 1938, pelos médicos italianos Ugo Cerletti e L. Bini<sup>39</sup>) e de psicocirurgia, leia-se lobotomia (primeira experiência realizada em 1935, pelo médico português Egas Moniz<sup>40</sup>), a prática institucionalizante ainda era uma realidade.

## 2.2 Movimentos globais de superação do modelo de atendimento hospitalocêntrico

O mundo passou por grandes transformações no século XX, após a Primeira e Segunda Guerra Mundial, quando se disseminou, principalmente pela Europa, uma grande carência de força humana de trabalho em razão das mazelas deixadas pela guerra. Viu-se, então, uma necessidade de proceder-se a uma nova reestruturação/remodelação das instituições para doentes mentais, visando à recuperação e reintegração à sociedade desse contingente de pessoas, com a formulação de uma política de “portas abertas” e projeto

---

<sup>36</sup> Ibidem. p. 187-189.

<sup>37</sup> Ibidem. p. 225.

<sup>38</sup> Ibidem. p. 201-202.

<sup>39</sup> Ibidem. p. 366.

<sup>40</sup> Ibidem. p. 370.

terapêutico, experiências essas já trabalhadas em hospitais como Menninger Clinic, nos Estados Unidos, e Saint-Alban, na França.<sup>41</sup>

Em 1946, passou-se a denominar como comunidade terapêutica o trabalho que vinha sendo desenvolvido, nessa mesma perspectiva, no Monthfield Hospital, em Birmingham, na Inglaterra.<sup>42</sup> O termo comunidade terapêutica, caracterizou um processo de reformas institucionais, ligadas ao hospital psiquiátrico, marcada pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar.

Apesar da tentativa de romper com a ideia da hospitalização, o trabalho desenvolvido nessas comunidades terapêuticas ainda não teria o efeito desejado de lidar com o problema da exclusão, fundamento primeiro da existência do hospital psiquiátrico e da prática asilar.<sup>43</sup>

De igual forma, a prática do asilamento, imputada principalmente à psiquiatria organicista, por verificar-se nela pouca ou nenhuma eficiência terapêutica, passou a ter cada vez mais contestação. Em 1970, novamente na França, novas alternativas são discutidas para o atendimento das pessoas portadoras de sofrimento mental. Surge na Inglaterra o movimento da antipsiquiatria. Na França, a psiquiatria de setor. Na Itália, a psiquiatria democrática. E nos Estados Unidos, o tratamento comunitário.

Com essas tendências, que serão adiante analisadas, vê-se e fala-se, contemporaneamente, em saúde mental para fazer frente ao atendimento da doença mental, cujos créditos, nesse sentir, melhor doutrina debita à contribuição de Sigmund Freud, pelo olhar de subjetividade que lançou à doença mental.

Por fim, nesse apanhado de tendências verificadas no enfrentamento da doença mental, o modelo de atendimento em saúde mental chamado de psiquiatria comunitária, mostrado ao mundo pelos Estados Unidos ao aprovar o Ato dos Centros Comunitários de Saúde Mental em 1963 e tendo por seu idealizador Gerald Caplan, vem sendo atualmente considerado como a terceira reforma psiquiátrica, após Pinel e Freud,<sup>44</sup> o que será adiante abordado.

<sup>41</sup> SILVA FILHO, João Ferreira da Silva. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7. ed. Silvério Almeida Tundis e Nilson do Rosário Costa (Org.). Petrópolis: Vozes, 2001. p. 95.

<sup>42</sup> AMARANTE, Paulo et al. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiatria. In AMARANTE, Paulo. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 28.

<sup>43</sup> ROTELLI, Franco, *apud* AMARANTE, Paulo et al. Op. cit., p. 31.

<sup>44</sup> KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 198-199.

### 2.2.1 Movimento Inglês ou Antipsiquiatria

A antipsiquiatria surgiu na Inglaterra, na década de 60, em meio aos movimentos *underground* da contracultura. Demais disso, foram as mais diversas referências culturais e filosóficas que a influenciaram, como o existencialismo, a fenomenologia, a obra de Michel Foucault, determinadas correntes da sociologia e da psiquiatria norte-americana, e, em outro nível, a psicanálise e o marxismo.<sup>45</sup>

Insatisfeitos com a inadaptação da psiquiatria como saber científico e de sua pouca eficácia prática, principalmente com a explicação e trato da esquizofrenia, principal objeto de estudo e da intervenção do hospital psiquiátrico, alguns psiquiatras com larga experiência em psiquiatria clínica e psicanálise, dentre eles Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, reuniram-se em torno de uma mesma crítica ao saber médico-psiquiátrico, de modo a, principalmente, desautorizar a psiquiatria a considerar a esquizofrenia como doença.<sup>46</sup>

A antipsiquiatria conceitua-se como um movimento questionador dos valores e da prática psiquiátrica vigente, que era até então caracterizada por um quadro da racionalidade médica indiscutíveis e de uma naturalização da doença mental. Algumas perguntas passaram a ser feitas e intensamente questionadas, por exemplo, de como se constitui a enfermidade mental na experiência social, como se valida a sua exclusão social e qual o lugar que ocupa a instituição psiquiátrica nesse processo.<sup>47</sup>

Para esse movimento, o método terapêutico passa pelo diálogo entre razão e loucura, fugindo das práticas convencionais, como a química ou a física, valorizando a análise do discurso do louco, que não pode ser podado. “O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de métodos de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão.”<sup>48</sup>

Com o foco na visão da antipsiquiatria, inauguraram-se outros modelos de atendimento, como a Associação Philadelphia, nos Estados Unidos, em 1965, e o Centro Comunitário Kingsley Hall, em Londres, ambos com objetivo de promover uma investigação científica sobre o comportamento e causas da doença, com base nas premissas filosóficas desse movimento.<sup>49</sup>

---

<sup>45</sup> AMARANTE, Paulo et al. Op. cit. p. 42.

<sup>46</sup> Ibidem. p. 42.

<sup>47</sup> BIRMAN, Joel. *Apud* AMARANTE, Paulo et al. Op. cit. p. 42.

<sup>48</sup> AMARANTE, Paulo et al. Op. cit. p. 44.

<sup>49</sup> Ibidem. p. 43.

A final, a grande contribuição da antipsiquiatria, no sentir de Paulo Amarante, foi a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução,<sup>50</sup> corroborando o que vinha sendo desenvolvido também por Franco Basaglia, ideador da reforma psiquiátrica italiana.

### 2.2.2 Movimento Francês ou de “Setor”

O movimento francês também foi denominado de “setor” e surgiu no pós-guerra, sendo incorporado como política oficial da França na década de 60. Inspirado nas ideias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras considerados progressistas, reivindicava transformações imediatas nos manicômios franceses.<sup>51</sup>

Para esse movimento, o hospital psiquiátrico resume-se a uma das etapas do tratamento do doente mental, destinando o principal momento do tratamento àquela assistência realizada na própria comunidade.

Embora iniciado esse movimento, não teve ele o sucesso esperado. Em parte, segundo a opinião de Franco Rotelli, “não pode ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos ‘normais’ e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura”.<sup>52</sup>

### 2.2.3 Movimento Americano ou Psiquiatria Preventiva ou Comunitária

O movimento americano, também chamado de psiquiatria preventiva ou comunitária, propõe-se a englobar os dois modelos anteriores, ou seja, a experiência de comunidades terapêuticas e de descentralização do atendimento, porém com a estratégia de intervir nas causas e no surgimento das doenças mentais, almejando, assim, não só a prevenção mas também a promoção da saúde mental.<sup>53</sup>

Seu nascimento é verificado em um período em que os Estados Unidos estavam envoltos em problemas relacionados com a guerra do Vietnã, com o crescente uso de drogas entre os jovens e com a ascensão de movimentos culturais conturbados, como os *beatnik*, o que acabou por culminar com o

---

<sup>50</sup> Ibidem. p. 45.

<sup>51</sup> Ibidem. p. 34.

<sup>52</sup> ROTELLI, Franco. *Apud* AMARANTE, Paulo et al. Op. cit. p. 36.

<sup>53</sup> AMARANTE, Paulo et al. Op. cit. p. 36.

crescimento vertiginoso de distúrbios mentais na população, com um alto custo social ao Estado e às famílias. Em 1963 o Presidente Kennedy, então, baseando-se em um censo realizado no país constatando as péssimas condições da assistência psiquiátrica e na proposta de Gerald Caplan (em seu livro *Princípios da Psiquiatria Preventiva*), assinou um decreto que instituiu essa nova política em saúde mental,<sup>54</sup> que não só se restringiu ao território americano, influenciando também organizações sanitárias internacionais (OMS/OPAS).

Por essa atual tendência da psiquiatria, passou-se a questionar a necessidade das internações psiquiátricas, vendo-se no desenvolvimento e aprimoramento do atendimento ambulatorial (extra-hospitalar) e na interdisciplinariedade o necessário enfrentamento da doença mental. Sua proposta terapêutica opõe-se ao processo de exclusão social ocasionado pela institucionalização, propondo-se a retirar do médico a exclusividade das decisões, de modo a compartilhá-las também com outros profissionais.

#### 2.2.4 Movimento Italiano ou Psiquiatria Democrática

Segundo Paulo Amarante, o movimento italiano de reforma psiquiátrica é antes de tudo um movimento político, porque traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como ela se relaciona com o sofrimento e a diferença.<sup>55</sup> Propõe-se, assim, antes de tudo, a discutir a relação a partir da qual o saber médico (psiquiatria tradicional) instituiu sua *práxis*.

O marco do movimento deu-se também na década de 60, no manicômio de Gorizia, Itália. Franco Brasaglia, seu mentor, deu início a um trabalho de humanização no hospital, com a estratégia inicial de adoção do modelo de comunidade terapêutica inglês.<sup>56</sup> Todavia, logo percebeu que o referido modelo ainda reproduzia os dispositivos psiquiátricos tradicionais da relação de poder.

Sua crítica, em resumo, situava-se em três esferas: a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem da classe (social) das pessoas internadas e a não neutralidade da ciência<sup>57</sup>. A sua percepção é de que a mera reorganização da instituição psiquiátrica, tal como proposto pelo movimento das comunidades terapêuticas ou pela psiquiatria preventiva de Caplan, não solucionava a ideia de violência institucional, porque reproduz a

---

<sup>54</sup> Ibidem.

<sup>55</sup> Ibidem. p. 47.

<sup>56</sup> AMARANTE, Paulo et al. Op. cit. p. 47.

<sup>57</sup> AMARANTE, Paulo et al. Op. cit., p. 48.

relação de poder e também porque não apresenta soluções para a assistência aos pacientes e para a extinção dos manicômios, como deveria se esperar.<sup>58</sup>

Após um período nos Estados Unidos, onde elaborou trabalho crítico sobre a epistemologia e a política das instituições e das doenças psiquiátricas (expressas na 'Carta de Nova York'), Basaglia retorna à Itália em 1971, e, em Trieste, começa a dar azo à sua reforma psiquiátrica. Foram abolidas na cidade as instituições manicomiais, criados sete centros de saúde mental, funcionando 24 horas por dia, abertos grupos-apartamentos, residenciais onde moram usuários, cooperativas de trabalho e os serviços de diagnose e cura, que servem como emergência psiquiátrica.<sup>59</sup>

Com essa exitosa experiência, seguiu-se uma intensa modificação no pensamento de grande parte dos profissionais da área da saúde mental, o que culminou com a constituição do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, fundado oficialmente em Bolonha, em 1973. Com fundamento no pensamento de Basaglia, o movimento teve o grande mérito de promover a denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional, que não se restringem apenas aos técnicos de saúde mental, mas dizem respeito também à própria estrutura social.<sup>60</sup>

Fruto do movimento, foi editada a Lei 180, de 1978, chamada também de "Lei Basaglia", que substituiu a legislação anterior, redirecionando os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, proibindo a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, restituindo e assegurando a cidadania e os direitos sociais aos doentes e ao tratamento psiquiátrico qualificado.<sup>61</sup>

Vários movimentos de contra-reforma, liderados por segmentos da sociedade civil e médica, insatisfeitos com as medidas propostas e aproveitando-se das dificuldades na implementação da lei, tentaram revogar a referida lei sem êxito. Atualmente, entretanto, as propostas são de aperfeiçoamento da legislação, de modo a garantir sua melhor aplicação,<sup>62</sup> mostrando-se a experiência de Trieste verdadeiro paradigma de atendimento em saúde mental.

---

<sup>58</sup> AMARANTE, Paulo; ROTELLI, Franco. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 43.

<sup>59</sup> Ibidem. p. 44.

<sup>60</sup> AMARANTE, Paulo et al. Op. cit. p. 48.

<sup>61</sup> AMARANTE, P.; ROTELLI, F. Op. cit. p. 46.

<sup>62</sup> Ibidem. p. 47.



### **3 A desinstitucionalização do portador de doença mental: aspectos jurídicos e sociais da quebra do antigo paradigma**

Do breve apanhado sobre a história e o tratamento dado à doença mental, pode-se facilmente perceber que a loucura foi, a partir de determinado período histórico, “desfuncionalizada” do espaço social, por meio da sua institucionalização, o que acabou por gerar a exclusão do doente mental, evidenciando-se, no passado, na Igreja e na economia burguesa os autênticos alçózes da loucura.<sup>63</sup>

Vê-se também que a psiquiatria, enquanto monopólio do saber médico no trato da doença mental e constituída sob a égide da ciência cartesiana e da influência burguesa, encontra-se ainda em processo de evolução científica e em franca aproximação com outros campos do saber. E apesar dos avanços já realizados, esse campo do saber que acolhe, estuda e trata a loucura, por acolher a prática institucionalizante, remanesce desempenhando um importante papel no processo de exclusão social do doente mental, aproximando-se a medicina psiquiátrica de uma espécie de justiça social.

Na doutrina nacional e estrangeira já são muitos os textos que sustentam esse ponto de vista, assim como cresce o número de movimentos e profissionais da área da saúde mental, além de médicos psiquiatras, que demonstram apreensão com as exigências sociais impingidas à psiquiatria, embora, registre-se, essa não seja uma posição unânime ou livre de acaloradas controvérsias.

Nesse passo, a grande contestação às praxes psiquiátricas tradicionais, que têm na internação seu principal modelo terapêutico, é de que elas partem de um discurso organicista ou, ainda, de um paradigma racionalista problema-solução, o que reforça ainda mais esse papel de controle social:

[...] o manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e assistência. E por isso, a Psiquiatria se constitui em última instância na fronteira, no cruzamento dessas instituições e assume o dever de absorver no seu interior tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que a governa e, portanto, todos os problemas que ao resultarem incoerentes, insolúveis e irreduzíveis são por isso expulsos. Neste sentido, a Psiquiatria revela ser uma instituição que mais do que qualquer outra coisa

---

<sup>63</sup> HOLANDA, Adriano. Psicopatologia, exotismo e diversidade: ensaio de antropologia da psicopatologia. *Psicologia em Estudo*, v. 6, n. 2 Maringá July/Dec. 2001. Acessível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722001000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722001000200005&script=sci_arttext)> Acesso em: 04.11.2008.

administra aquilo que sobra, isto é, uma instituição, residual ela mesma, que detém, em relação ao sistema institucional em sua totalidade, um poder tanto vicário quanto insubstituível.<sup>64</sup>

Parece evidente, assim, que a psiquiatria, valendo-se também dos argumentos de Franco Basaglia na experiência da reforma psiquiátrica italiana, precisa passar a questionar e a tornar-se consciente de que esteve, por muito tempo, e ainda pode estar desempenhando um papel nesse processo de exclusão social do doente mental<sup>65</sup> e, frente à natureza da doença cuja etiologia ainda permanece desconhecida, adotar uma relação e postura diametralmente oposta a que vinha sendo realizada, vendo no doente não mais um mero objeto de estudo, com práticas e paradigmas preexistentes, mas como existência-sofrimento que necessita de escuta, compreensão e auxílio.

A propósito dessa pertinente revisão crítica do papel social da psiquiatria, é preciso, pois, notar que a práxis institucionalizante, como herança do modelo clássico de psiquiatria inaugurado por Pinel e dos ideais burgueses em ascensão, apenas confirma que possui validação social mais pelos efeitos de exclusão que opera do que na possibilidade de atualizar-se como um modelo pretensamente explicativo no campo da experimentação e tratamento das enfermidades mentais.<sup>66</sup>

Ademais, não se pode desconsiderar que tanto o discurso médico quanto as práticas psiquiátricas tradicionais acabam por exercer influência direta na representação da loucura junto ao imaginário coletivo, sustentando uma exigência social de ‘suposta necessidade’ de um controle da doença mental. Senão vejamos:

As características e pressupostos de construção de conhecimento demarcados pela medicina adjetivada – psiquiatria – novamente, através do discurso médico, se transformaram, atualmente, em instrumental de sustentação de relações de dominação não somente da classe político-médica, mas também entre leigos e cidadãos de outros espaços ou contextos sociais. [...] as concepções e conceitos fundantes do discurso médico se difundiram de tal forma que, creio hoje, podemos falar em uma representação social da loucura com gênese neste discurso médico, apoiado nas concepções moscovicianas, da construção de conhecimento do senso comum, o conhecimento de

---

<sup>64</sup> ROTELLI, Franco. LEONARDIS, Ota de. MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In ROTELLI, Franco et. al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. 2. ed. p. 26-27.

<sup>65</sup> Para Franco Basaglia, a psiquiatria clássica demonstrou sua falência, “no sentido em que resolveu negativamente o problema do doente mental, expulsando-o de seu contexto social e excluindo-o, portanto, de sua própria humanidade...” As instituições da violência. In Franco Basaglia (Coord). *A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico*. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 2001. 3. ed. p. 120.

<sup>66</sup> AMARANTE, Paulo et al. Op. cit. p. 26.

‘segunda mão’. Esta, difundida, proliferada, divulgada e reproduzida por todos nós, sem que, muitas vezes, estejamos conscientes de tal questão. Como veremos, algumas características e pressupostos destas representações sociais penetram diretamente nas relações sociais e representações sociais frente a loucura, construídas pelos mais variados sujeitos, produzindo e sustentando relações de dominação de cunho ideológico.<sup>67</sup>

É no contexto, portanto, dessas adequadas e necessárias contestações à *praxis* psiquiátrica tradicional, que o debate sobre a desinstitucionalização do portador de doença mental encontra terreno fértil, sem que com isso se esteja, observe-se, a questionar a devida importância daquele ramo da ciência para o devido enfrentamento da doença mental.

### 3.1 A desinstitucionalização como desconstrução

O debate acerca da desinstitucionalização começou, como visto no capítulo anterior, a partir da crescente necessidade de intervenção de um Estado do Bem-Estar Social (*Welfare State*). Em contraposição ao modelo clássico de intervenção psiquiátrica, cuja prática de internação mostrava-se cada vez mais ineficaz, passou-se a pensar uma proposta de remodelação terapêutica, com ênfase no atendimento comunitário, visando de igual sorte a superação daquele modelo hospitalocêntrico, cuja característica predominante é a violência<sup>68</sup> e, por isso, de violação de direitos humanos.

De fato, os alicerces sob os quais foram constituídos os hospitais psiquiátricos não negam essas raízes de violência. Isso porque, uma vez compreendido o processo histórico da institucionalização do portador de doença mental, vinculado à passagem do modelo mercantilista de produção, sobressai que a praxe institucionalizante foi alicerçada nos ideais burgueses de exclusão, cujos pressupostos giravam em torno das ideias de incurabilidade, irrecuperabilidade e periculosidade do sujeito.

E por não se sustentarem tais pressupostos para a exclusão do doente mental em premissas científicas, pode-se dizer que, mais uma vez, é acertada a conclusão de Basaglia, de que a institucionalização nada mais configura do que a própria criminalização da doença, o que passou a ser, posteriormente, perpetuado pelo discurso médico.

No que tange à periculosidade do sujeito, por exemplo, Denise Dias Barros observa que, mesmo diante de atributos como a agressividade, violência e

---

<sup>67</sup> BERNARDES, Jeferson de Souza. *A representação social da loucura: a face oculta do discurso médico*. Porto Alegre: PUCRS, 1995. Dissertação (Mestrado Psicologia). fl. 52.

<sup>68</sup> Chamadas, pelo cientista social Erwing Goffman, de instituições totais. GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. 3ª reimp. São Paulo: Perspectiva, 2001. p. 18-19.

imprevisibilidade ligados à doença mental, a prática da reforma tem demonstrado que eles podem ser dialeticamente trabalhados e transformados. A relação entre doença mental e comportamentos violentos, segundo ela, configura uma imagem distorcida da realidade empírica, citando texto de Gatti & Traversi:

Todas as pesquisas feitas com amostras suficientemente vastas indicam que entre os doentes mentais não estão presentes porcentagens de infrações violentas, incluindo homicídios, mais elevadas que na população em geral... É claro que a relação entre estes dois fenômenos (homicídio e doença mental) é difusamente interpretado de maneira distorcida, com tendência a se sobrepor os dois fenômenos. Isto é facilitado pelo fato do doente mental ser erroneamente considerado como pessoa perigosa e que, por outro lado, existe no homem uma tendência em não reconhecer no homicida motivações que poderiam estar presentes e a procurar, portanto, na interpretação psicopatológica, um destaque e separação nítida de um ato que pode implicar identificações profundas carregadas de angústia.<sup>69</sup>

Não há dúvidas, na esteira da citada doutrina e da realidade que se apresenta, que a periculosidade, como uma das razões fundantes da institucionalização, que se prestou a tutelar o interesse de uma burguesia em ascensão, deve ser destituída do imaginário social, devendo o profissional médico, como cientista, questionar e modificar esse círculo de exclusão fundado nessa premissa preconcebida.<sup>70</sup>

Modo igual, urge a revisão de conceitos como a irrecuperabilidade e a incurabilidade atrelados à doença mental, visto que fundados, desde seus primórdios, unicamente no discurso ‘problema-solução’, sem quaisquer considerações sobre a subjetividade do indivíduo.

Desconstruir a representação de que a loucura está atrelada a tais atributos é, assim, o primeiro passo no sentido de buscar-se (e garantir a efetividade) outro modelo de atendimento ao portador de sofrimento mental. A ideia de desinstitucionalização, nesse sentido, não pode resumir-se à mera abertura das portas do manicômio, mas deve implicar sobretudo na desconstrução de conceitos, práticas e discursos fundantes da psiquiatria, como campo do saber responsável pela ‘tutela’ da saúde mental da população.

Também é assim a conclusão de Denise Dias Barros, para quem “é necessário desconstruir não apenas a instituição manicomial, mas também as ideias, as noções e os preconceitos que a acompanham e modelam, e que são parte do imaginário mesmo daqueles que, conscientemente, desejam destruí-la.”<sup>71</sup>

<sup>69</sup> GATTI; TRAVERSI. *Apud* BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Paulo Amarante (Org.). 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 183-184.

<sup>70</sup> o que, registre-se, não afasta a possibilidade de verificação pelo médico, no caso concreto, de eventual risco a si ou a terceiros em razão dos distúrbios apresentados pelo paciente.

<sup>71</sup> BARROS, Denise Dias. *Op. cit.*, p. 191.

No mesmo sentido, Franco Rotelli:

A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.<sup>72</sup>

O que se evidencia, assim, na esteira do que defende o próprio Basaglia,<sup>73</sup> é que, primeiro, a ideia da desinstitucionalização não vem negar a existência da doença e de sua devida atenção e cuidados, inclusive pela psiquiatria. O que ela visa é a modificar a dinâmica institucional de violência e exclusão, que tende à sua auto-reprodução, anulando os atores enquanto sujeitos de transformação, já que, se não percebida e não modificada, ela pode ocorrer inclusive nos meios extra-hospitalares,<sup>74</sup> do que decorre o perigo de proceder-se à mera desospitalização da pessoa portadora de sofrimento mental.

É o tipo de relação (paciente/médico/técnicos), portanto, que irá se instalar, que irá definir a verdadeira desinstitucionalização.

[...] a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas no entanto seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado “a solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento.<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In ROTELLI, Franco et al. *Desinstitucionalização*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 29.

<sup>73</sup> BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In *A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico*. Franco Basaglia (Coord.). 3. ed. Trad. Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 2001. p. 122 e ss.

<sup>74</sup> KINOSHITA, Roberto T. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In *Saúde mental e cidadania*. 2. ed. São Paulo: Mandacaru. p. 74. Segundo ainda o autor, analisando a reforma italiana, propõe ela a “desmontagem dos aparatos externos e internalizados; é a ‘desconstrução’ de modelos e valores racionalístico-cartesianos; a transformação das relações de poderes codificados e cristalizados. [...] Transformam-se os modos pelos quais são tratadas as pessoas para transformar o seu sofrimento; a terapia não é a perseguição eterna atrás de uma solução-cura, mas um conjunto complexo, também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatizadas, que dizem respeito ao problema em questão, através de um processo crítico sobre os modos de ser da própria ação terapêutica.” p. 79.

<sup>75</sup> ROTELLI, Franco et al. Op. cit., p. 33.

*Desinstitucionalizar*, com isso, vai além da mera ideia de *desospitalização* do paciente, visto que apenas esta não se mostra suficiente para garantir o atendimento adequado ao portador de sofrimento psíquico. Prova disso, aliás, foi a experiência americana, conforme mostra Denise Dias Barros:

[...] a desinstitucionalização norte-americana constitui-se num processo de desospitalização e de racionalização de recursos, criando uma rede de serviços de pequenas dimensões na comunidade, segundo uma proposta de hierarquização da assistência.

Após um primeiro momento de denúncia da violência das instituições totais (representado por trabalhos como o de Goffman, publicado no Brasil em 1974), a desinstitucionalização assumiu um caráter de desospitalização ou transinstitucionalização. Ou seja, ocorreu um processo de altas administrativas, com a transferência de pessoas (principalmente casos crônicos) para instituições não psiquiátricas (asilares), para instituições menores ou, ainda, para instituições privadas. Também o abandono nas periferias das cidades fez parte das soluções dadas pelos administradores. A desmontagem recaiu sobre as grandes estruturas hospitalares, e a ênfase dos centros assistenciais voltou-se para a prevenção de uma população considerada de risco. Dessa forma, alargou-se o raio da ação técnica e não se buscou criar soluções capazes de responder à demanda que já existia. Resultou deste processo a constituição de uma população que passa a girar de uma instituição a outra (situação conhecida como *revolving door*) e onde nenhum serviço assume a assistência global das necessidades do paciente.<sup>76</sup>

A mera desospitalização não resolve a situação da exclusão, visto que por apenas transferir para os serviços de saúde, para a família e à sociedade os cuidados com o portador de sofrimento mental não implica em verdadeira modificação das premissas que sustentam a própria ideia da doença mental e do tratamento, o que, por evidente, acaba por manter o indivíduo confinado ou totalizado na sua doença, com enormes e evidentes prejuízos sócio-familiares que daí decorrem.

A ideia da desinstitucionalização, proposta e experimentada, com êxito, em solo italiano, permeia toda a discussão científica e literária na atualidade, sem ser ainda uma ideia unânime, visto as grandes barreiras filosóficas, culturais e científicas que ainda devem ser transpostas. O que nos parece claro, entretanto, é que, pelo seu impacto social e pela ruptura ideológica que faz, ela parece ser a única direção em modelo de atendimento em saúde mental que, de fato, seja capaz de garantir a dignidade da pessoa humana às pessoas portadoras de sofrimento mental.

---

<sup>76</sup> BARROS, Denise Dias. Op. cit. p. 173.

### 3.2 A legislação internacional:

Organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas, inicialmente, não levantaram abertamente a bandeira da desinstitucionalização, tal como proposta pelo movimento italiano, mas buscaram fomentar a mudança de paradigma no trato da doença mental, assegurando às pessoas portadoras de sofrimento psíquico o exercício de todos os direitos inerentes à pessoa humana e garantindo-lhe o melhor tratamento, pelos meios menos invasivos e restritivos possíveis.

Veja-se, nesse compasso, a *Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiências Mentais da ONU*, de 1971, bem como os *Princípios para a Proteção das Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental*, aprovados em 17 de dezembro de 1991 pela Assembleia Geral das Nações Unidas.

Já no documento intitulado *World Health Report 2001*, Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança, a ONU, através da Organização Mundial de Saúde, recomenda expressamente a adoção de políticas preventivas no trato da doença mental, com ênfase na prioridade do atendimento comunitário<sup>77</sup>, inclinando-se, assim, mais abertamente à ideia da desinstitucionalização como medida exitosa no enfrentamento da doença mental.<sup>78</sup>

Para a ONU, os avanços realizados na neurociência e na medicina do comportamento já demonstraram que a saúde mental e a saúde física são interdependentes e resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo que, quanto a esses últimos, a pobreza ganha destaque, verificando-se que pobres e carentes apresentam maior prevalência de perturbações, inclusive advindas do abuso de substâncias, e sofrem mais com a falta de cuidados básicos na atenção à saúde mental.

A sua conclusão é a de que com os avanços obtidos com a ciência e a perspectiva de cuidados comunitários, através de uma rede de serviços integrada, pode-se proporcionar bons cuidados e a emancipação das pessoas com transtorno mental. Um processo de desinstitucionalização bem fundamentado, segundo o relatório, tem três componentes essenciais: a prevenção das admissões impróprias em hospitais psiquiátricos, mediante o fornecimento de serviços comunitários; o regresso à comunidade dos doentes institucionais de longo prazo, que tenham passado por uma preparação

---

<sup>77</sup> Ver em:

<[http://www.um.org/Pubs/chronicle/2002/issue2/0202p27\\_mental\\_behavioural\\_problems.html](http://www.um.org/Pubs/chronicle/2002/issue2/0202p27_mental_behavioural_problems.html)>

Acesso em 21/7/2008.

<sup>78</sup> Cf. Relatório Mundial da Saúde. *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Disponível em:

<[http://www.who.int/whr/2001/em/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/em/whr01_djmessage_po.pdf)> Acesso em: 06/12/2008

adequada; o estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio comunitário para doentes não institucionalizados.<sup>79</sup>

No plano internacional, ainda, tem-se a *Declaração de Caracas*,<sup>80,81</sup> firmada em 14 de novembro de 1990, que se tornou, com seus princípios e valores, o documento que marcou a reforma da atenção à saúde mental nas Américas.<sup>82</sup>

Além dos documentos antes citados, citam-se outros, por paradigmáticos na atenção à saúde mental, que foram recentemente elaborados pela Comunidade Europeia em conjunto com a Organização Mundial da Saúde no sentido de ordenar a assistência psiquiátrica nos seus países integrantes, revelando sobremaneira a preocupação europeia em torno do problema da atenção à saúde mental como tema de direitos humanos. São eles a *Declaração de Helsínquia*,<sup>83</sup> de 2005, seguido pelo *Livro Verde: melhorar a saúde mental da população: rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*,<sup>84</sup> e, em 2008, em Bruxelas, foi estabelecido o *Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar*.

### 3.3 A legislação brasileira

O Brasil, no contexto acima e como Estado-parte na Organização das Nações Unidas, não passou ao largo da discussão que se travou no mundo a respeito da necessidade de uma reforma da assistência psiquiátrica, empreendendo esforços no sentido de alterar o anterior atendimento eminentemente sanitário e profilático da saúde mental.

<sup>79</sup> Cf. Relatório Mundial de Saúde. Disponível em:

<[http://www.who.int/whr/2001/em/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/em/whr01_djmessage_po.pdf)> Acesso em: 06/12/2008

<sup>80</sup> Mais genericamente, também andou, em 1999, a Convenção Interamericana para eliminação de todas as formas de discriminação com as pessoas portadoras de deficiência, ratificada pelo Brasil em agosto de 2001, determinando aos países signatários a elaboração de legislação e de políticas públicas específicas para tal fim.

<sup>81</sup> Nota técnica sobre Caracas. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24138&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24138&janela=1)>

Acesso em: 06/12/2008.

<sup>82</sup> Por ocasião da assinatura da Declaração, as entidades participantes acordaram em torno da ideia da ineficácia da assistência psiquiátrica convencional no trato da doença mental e do hospital psiquiátrico como única modalidade assistencial, visto que, em suas características, concluem que o hospital: procura isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; cria condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; requer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e fornece ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

<sup>83</sup> Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/17/declhelsinquia?r=771>>

<sup>84</sup> Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/17/livroverdemental?r=771>>



Do plano internacional, as Cartas da ONU, a Convenção Interamericana para Eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiências, a *Declaração de Caracas* e a *Carta de Brasília 2005*,<sup>85</sup> que instituiu os Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas, sem dúvidas foram impulsos oficiais decisivos no sentido de redirecionar o modelo de assistência à saúde mental e a postura governamental a respeito.<sup>86</sup> Até mesmo o pensamento revolucionário de Basaglia, na experiência da reforma psiquiátrica italiana, após suas inúmeras vindas ao Brasil,<sup>87</sup> acabou por influenciar<sup>88</sup> diretamente a redação da legislação brasileira que redireciona o modelo assistencial de saúde mental.

A legislação brasileira, no entanto, teve na criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978, o seu marco inicial de discussão acerca da necessidade de mudança de paradigma no atendimento em saúde mental. Denunciou-se, por ocasião do V Congresso de Psiquiatria realizado em outubro do mesmo ano na cidade de Camboriú, SC, o utilitarismo da psiquiatria em favor das pressões do mercado de saúde e as más condições de trabalho dos profissionais de saúde.<sup>89</sup>

Após um amplo período de debates, nasce o projeto de lei nº 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, propondo a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades de assistência.<sup>90</sup> Mas somente em 2001, após 12 anos de tramitação do projeto de lei nº 3657, foi editada a Lei 10.216. Atentando-se às experiências europeias e

---

<sup>85</sup> Acessível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA\\_BRASILIA\\_PORTUGUES\\_FINAL.PDF](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA_BRASILIA_PORTUGUES_FINAL.PDF)>

<sup>86</sup> Há que ser citado, nesse diapasão, também a decisão proferida em 04/07/2006, no caso Ximenes Lopes *versus* Brasil, julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos, no qual o Brasil foi condenado a indenizar os familiares de Damião Ximenes Lopes, paciente psiquiátrico morto em 04/10/1999 na clínica de Repouso Guararapes, em Sobral-CE, por omissão estatal frente à violação dos direitos à pessoa humana. Na decisão, além da indenização, o Brasil foi instado a garantir a celeridade da investigação criminal e punição dos responsáveis pelo fato, além de prevenir a não repetição de fatos semelhantes, mediante a consolidação de mudança do modelo de atenção à saúde mental.

<sup>87</sup> ROTELLI, Franco. AMARANTE, Paulo. *Reforma psiquiátrica na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos*. Op. cit. p. 47-48.

<sup>88</sup> Segundo Rotelli e Amarante (Op. cit., p. 48), a reforma psiquiátrica brasileira não poder ser atribuída única e exclusivamente à influência Basagliana, embora ela tenha sido a mais importante no sentido de promover uma verdadeira transformação da instituição psiquiátrica. A reforma brasileira, porém, não passou ao largo dos demais movimentos de reforma psiquiátrica, tal como o modelo preventista de Caplan, reconhecendo, entretanto, algumas limitações desses projetos.

<sup>89</sup> AMARANTE, Paulo et al. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In PAULO AMARANTE (Org.). *Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 54.

<sup>90</sup> AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas. Pequena história da psiquiatria no Brasil. In Paulo Amarante (Org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 81.

à pressão do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, reformulou-se oficialmente o modelo de atendimento em saúde mental, com ênfase no trato ambulatorial e comunitário e não hospitalocêntrico, muito embora, pode-se afirmar, ainda não seja uma realidade consolidada no país, encontrando um longo caminho de debates e concretizações pela frente.

### 3.3.1 A Lei 10.216/01

A redação da Lei 10.216/2001 encontra-se em perfeita consonância com os documentos internacionais antes citados, atendendo às diretrizes da Constituição Federal de 1988.<sup>91</sup> Da sua leitura, pode-se concluir também que ela traz ínsita, como forma de promover uma verdadeira reforma psiquiátrica e para além de instituir e propor novas formas de atendimento, a ideia de questionar as estruturas sociais e a manipulação de poder existentes na relação médico/paciente/sociedade. A *desinstitucionalização* proposta pela legislação brasileira vai, assim, além da mera ideia de *desospitalização*, requerendo um verdadeiro esforço do Estado, dos profissionais de saúde e da própria sociedade na modificação das estruturas de poder existentes no trato da doença mental.

A ideia de desconstrução do pensamento atrelado à doença mental vem bem delineada logo de início na redação da Lei 10.216/01, quando enunciados os direitos das pessoas com sofrimento mental (artigo 1º). Desses, destacam-se aqueles que asseguram às pessoas com sofrimento mental o direito de serem tratadas com respeito e humanidade e no exclusivo intuito de beneficiar a sua saúde (e não da família ou da sociedade<sup>92</sup>), visando à sua recuperação pela inserção no trabalho, família e comunidade, e o direito de conhecer e questionar as razões da sua internação involuntária, recebendo o maior número de informações sobre sua doença e tratamento, assim como o direito de ser assistido junto à sua comunidade com vistas à convivência familiar e o de ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

Os dispositivos da lei, ao valorizar a subjetividade da pessoa do portador do sofrimento mental, estão, em boa dialética, a romper com as premissas da exclusão, ou seja, com as ideias de periculosidade, incurabilidade e irrecuperabilidade da doença mental, atributos esses que povoam o imaginário social e, em boa medida, o discurso médico. A ênfase da lei, na esteira dos princípios e enunciados das declarações de Caracas e das Cartas da ONU, não é

<sup>91</sup> A proteção às pessoas portadoras de deficiências vem delineada basicamente nos artigos 5º, 23, II, 24, XIV, 203, IV e V, 208, III, 227, § 3º.

<sup>92</sup> Observando-se que no regime sanitário anterior (art. 9º do Decreto 24.559/34) dispunha-se que a internação poderia ser determinada sempre que, por qualquer motivo, fosse *inconveniente* a conservação do psicopata em domicílio.

mais a doença, o que acaba por totalizar o indivíduo,<sup>93</sup> mas a promoção de sua saúde e reintegração social, instituindo para isso diretrizes de atendimento terapêutico comunitário e, para assegurar sua aplicabilidade, a garantia de direitos, inerentes a todo o homem.

Ao Estado (artigo 3º), por evidente, com cooperação da sociedade e da família, incumbe realizar políticas públicas de saúde mental e prestar a devida assistência em estabelecimentos de saúde mental, que deverão ser criados para isso (poder-dever do administrador), em verdadeiro compasso com a dimensão prestacional da dignidade da pessoa humana.

A ênfase da reforma é a criação de uma rede de serviços de atenção à saúde mental interligada na comunidade, preferencialmente de cunho ambulatorial, mostrando-se a internação, como recurso terapêutico, medida excepcional, ou seja, apenas quando se mostrarem ineficazes os recursos extra-hospitalares. Mesmo assim, o tratamento sempre deve buscar a reinserção social do portador de sofrimento mental no seu meio, junto à família e à comunidade (artigo 4º).

O tratamento terapêutico, nessa medida legal e também na forma dos incisos I e II do parágrafo único do artigo 2º, deverá ser de forma integral e procurará estruturar-se por meio de uma equipe interdisciplinar formatada por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, e outros profissionais que se fizerem necessários para a execução do plano terapêutico do paciente, o que, como se deixa antever, permite a abordagem do sujeito como um todo, dentro de seu contexto socioeconômico-cultural, rompendo-se, portanto, com a ideia meramente positivista da doença mental.

A internação, de qualquer modo, em vista da hermenêutica finalística da reforma, é marcada pela transitoriedade, excepcionalidade e interdisciplinariedade, com vista a melhorar a condição de saúde do paciente e promover sua reintegração social.<sup>94</sup> Por isso, não sendo mais a internação o melhor e principal modelo terapêutico, criaram-se mecanismos para regular a redução e extinção progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos,<sup>95</sup> fomentando a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

---

<sup>93</sup> No sentir de Denise Dias Barros (Op. cit., p. 182) “[...] isso significa dizer que uma pessoa pode estar mal, mas continuar a viver em sua casa, e que os serviços de saúde mental podem jogar melhor com a contradição saúde-doença sem aprisioná-lo em sua doença”.

<sup>94</sup> A respeito, a Portaria SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994 procura definir a exposição objetiva de um projeto terapêutico pela instituição psiquiátrica.

<sup>95</sup> Cf. Portaria GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004, que instituiu o programa anual de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS – 2004, estabelecendo um mecanismo organizador do processo de redução de leitos. Já no âmbito estadual, cada Estado da federação foi buscando implementar sua reforma psiquiátrica. Foi o que ocorreu com os estados do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Ceará, Pernambuco e Minas Gerais. No Estado do Rio Grande do Sul, por

Veja-se que mesmo para os casos de pacientes cronicados, há longo tempo institucionalizados em hospitais psiquiátricos, e que perderam suas referências familiares e sociais, a permanência de sua internação não é medida indicada (artigo 5º). Deve ser o paciente objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, que pode ser viabilizada inclusive mediante sua inclusão nos serviços residenciais terapêuticos.

A internação, modo evidente, não é mais a regra. A lei procurou regular suas diversas modalidades – voluntária, involuntária e compulsória –, fixando critérios para sua efetivação e regularidade (artigo 6º).

A redação legal busca modificar a dinâmica das internações anteriores, criando dispositivos de controle, inclusive pelo Ministério Público,<sup>96</sup> não mais mencionando a periculosidade do indivíduo ou a conveniência da família ou da sociedade como determinantes para a internação, nos moldes do que dispunha o antigo Decreto Federal nº 24.559/34.<sup>97</sup>

Por fim, vale dizer que para fazer frente ao atendimento da saúde mental, em sendo a internação medida excepcional e transitória, necessita-se de uma rede eficaz para tanto. *No mínimo*, deve-se buscar a qualificação dos profissionais atuantes nas unidades básicas de saúde,<sup>98</sup> a criação de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial),<sup>99</sup> em suas diversas modalidades, de centros de convivência, de hospitais-dia, de leitos psiquiátricos em hospitais gerais,<sup>100</sup> de benefício de prestação continuada,<sup>101</sup> de assistência farmacêutica<sup>102</sup> e de serviços residenciais terapêuticos.<sup>103</sup>

---

exemplo, antecedendo-se à legislação federal e de forma inédita no país, a Lei nº 9.716/1992 dispôs sobre a reforma psiquiátrica no Estado, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral em saúde mental, além de dispor sobre controle das internações psiquiátricas.

<sup>96</sup> O que vem regulamentado também pela Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, que dispõe sobre o controle das internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias e os procedimentos de notificação ao Ministério Público.

<sup>97</sup> De forma bem clara, a internação passa a ser adotada unicamente enquanto assim definir o critério médico, apenas como forma de tratamento terapêutico, de modo que a Lei 10.216/01 (assim também a Constituição Federal), por sua redação e exegese diametralmente conflitante, revogou o citado Decreto nº 24.559/34.

<sup>98</sup> Ver Portaria MS/SNAS 224/92, que trata do funcionamento dos serviços de saúde mental. Visando à qualificação dos profissionais atuantes, o Ministério da Saúde desenvolve, desde 2002, o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica. Cf. publicação Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 66.

<sup>99</sup> Ver Portaria MS/GM 366/02.

<sup>100</sup> A internação do paciente em leito psiquiátrico no hospital geral, nesse passo, vem ao encontro da ideia da desinstitucionalização, porque faz com que o paciente permaneça o maior tempo possível em sua comunidade, evitando a cronificação, a perda de identidade e dos vínculos com a família e amigos.

<sup>101</sup> Também assim a Lei nº 10.708/03, que trata do auxílio reabilitação psicossocial.

## **Conclusão**

Do percurso que se fez, passando pela história da loucura, pela noção de desinstitucionalização e das medidas postas ao atendimento da saúde mental, tendo como norte o reconhecimento da dignidade da pessoa do portador de doença mental, vê-se que não se pode restringir a loucura apenas aos seus aspectos patológicos, previamente catalogados pela medicina psiquiátrica tradicional. É necessário passar a enxergá-la também como um fenômeno sócio-existencial e a partir daí, em um plano de multidiversidades existenciais, assegurar um atendimento multidisciplinar correspondente, que vise a ouvir a subjetividade apresentada pelo indivíduo, a respeitá-la e a, nesse contexto, acompanhá-la. Mais corretamente, parece-nos, deve-se afastar da perseguição do ideal de cura, dando a chance ao indivíduo de ter um tratamento adequado e digno com base na sua diferença, possibilitando sua reintegração ao convívio social. Este, aliás, é o objetivo, simples, da desconstrução propugnada pela ideia da desinstitucionalização.

Com essas ideias bem presentes, repensar a categorização da doença mental, sem no entanto negá-la (com responsabilidade), podem ser plenamente possíveis mesmo ao operador do Direito, visto que vem sendo sistematicamente chamado a intervir, na lide forense, em situações envolvendo a atenção à saúde mental. Ele pode e deve aventurar-se nesse caminho, tangenciando, com isso, a imposição de medidas odiosas e de violência, como a privação de liberdade em instituição psiquiátrica ou asilares.<sup>104</sup> Ou, pelo menos e de início, não mais utilizá-la como a regra, o que vem ocorrendo infelizmente ainda nos dias atuais.

O conhecimento das medidas postas a serviço da desinstitucionalização, outrossim, como novo paradigma em atendimento à saúde mental pela rede de atenção integral à saúde mental constituída por serviços como CAPS, residenciais terapêuticos, leitos psiquiátricos em hospital geral, etc., ainda que

---

<sup>102</sup> Ver Portaria MS 1.077/99.

<sup>103</sup> Ver Portaria MS 106/00.

<sup>104</sup> Mesmo quando necessária a internação, nos casos em que deva ser aplicada como medida de proteção a critério médico (e para fins de tratamento, na exegese legal), jamais, vale observar, se pode compactuar com a colocação do indivíduo em instituições com características asilares (assim chamados os asilos, “clínicas” ou outros estabelecimentos similares), onde não se verifica qualquer compromisso terapêutico com o paciente, sequer com vista à sua reinserção social, e onde se perpetua a dinâmica de violência institucional, de que falava o cientista social Erving Goffman, presente nos grandes hospitais psiquiátricos. Nesse passo, é preciso reconhecer que esta prática, bastante comum e tolerada na atualidade, ao fim e ao cabo termina por perpetuar a exclusão histórica a que são acometidos os doentes mentais, uma vez que, ainda que em tais locais desempenhem “cuidados” com o paciente, caracterizam eles meros depósitos de seres humanos, limitando-os ainda mais na sua doença e sem garantir-lhes qualquer acesso à convivência comunitária e em um espaço de liberdade, violando, com isso, seus mais essenciais direitos.

não seja uma realidade concretizada em todos os municípios e estados brasileiros, já se mostra obrigatório ao operador do Direito, até mesmo para exigi-las na sua comunidade.

Mas se percebendo que a reforma psiquiátrica implica em desinstitucionalização e por isso *desconstrução* dos modelos anteriores de atendimento, é preciso ressaltar, nesse compasso, que cada profissional e equipe de saúde mental devem estar bem cômicos de seu papel, libertando-se dos paradigmas anteriores no trato da saúde mental e desenvolvendo seu trabalho nessa nova perspectiva, ao que o operador do Direito também deve estar atento.

Por tudo isso, o operador do Direito está em posição de grande importância e definição para a formatação da realidade social. Se ele desconsiderar ou não ponderar sobre a ideia da desinstitucionalização enquanto desconstrução (como resgate da dignidade da pessoa humana) nas demandas em que for chamado a intervir, vale dizer, acabará chancelando e perpetuando os abusos e injustiças históricas (em evidente violação de direitos humanos) que se fizeram em relação às pessoas portadoras de sofrimento mental.

Em resumo, para além de concretizar uma reforma psiquiátrica com a mera desospitalização do portador de sofrimento mental, parece-nos que apenas a clarificação do processo histórico de exclusão da loucura e o reconhecimento da dignidade da pessoa humana é capaz de dar efetividade ao que propugna a Lei 10.216/01, rompendo com os manicômios mentais, que ainda é o pior obstáculo para a desinstitucionalização (e eficácia do atendimento da rede de saúde mental) e o resgate da dignidade do portador de sofrimento mental. Não reconhecer o “doente mental” como sujeito de direitos, recorrendo a desculpas confortadoras de que são um estorvo social e por isso precisam ser medicados e confinados, significa ir na contramão da conquista dos direitos humanos e nos deveres de solidariedade e humanidade, a quem os operadores do Direito têm o dever de zelar pela sua efetivação.

É preciso, para tanto, compreender o portador de sofrimento psíquico enquanto pessoa humana dotada de dignidade e reforçar a importância de concretizar uma reforma psiquiátrica urgente. É preciso entender que os manicômios, sejam quais forem, segregam e aniquilam qualquer personalidade, pelo caminho da sedação, do trancafiamento, do desapareço pela subjetividade e da solidão. Tratam-se ao fim e ao cabo de depósitos de seres humanos, onde o indivíduo perde sua identidade, sua família, seus amigos (ou possíveis amigos), sua esperança (se ela já tiver tido algum espaço na alma daquele ser) e, mesmo quando nada lhe resta, sua dignidade.

## Referências bibliográficas

- ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon T. História da Psiquiatria. Uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. Trad. Aydano Arruda. São Paulo: IBRASA, 1968.
- ALEXY, Robert. Teoria dos Direitos Fundamentais. Trad. Virgílio Afonso da Silva. São Paulo: Malheiros, 2008.
- AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas. Pequena história da psiquiatria no Brasil. In Paulo Amarante (Org.). Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- AMARANTE, Paulo. et al. Revisitando os Paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiatria. In Paulo Amarante (Coord.). Loucos pela Vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- AMARANTE, Paulo; ROTELLI, Franco. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In Benilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante (Org.). Psiquiatria sem hospício. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In Franco Basaglia (Coord.). A instituição negada. Relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In Paulo Amarante (Org.). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- BERNARDES, Jeferson de Souza. A representação social da loucura: a face oculta do discurso médico. Porto Alegre: PUC, 1995. Dissertação (Mestrado Psicologia)
- BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. In: Nilson do Rosário Costa e Silvério Almeida Tundis (Org.). Cidadania, classes populares e doença mental. In: Cidadania e Loucura. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DWORKIN, Ronald. Domínio da Vida. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- FOUCAULT, Michel, Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994. 5. ed.
- \_\_\_\_\_. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2008. 8. ed.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectivas, 2007.
- HOLANDA, Adriano. Psicopatologia, exotismo e diversidade: ensaio de antropologia da Psicopatologia. Psicologia em Estudo. v. 6 n. 2. Maringá July/Dec. 2001. Acessível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722001000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722001000200005&script=sci_arttext)>
- KANT, Immanuel. Fundamentação da Metafísica dos Costumes. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2005.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 7. ed.

- KLOEPFER, Michael. Vida e dignidade da pessoa humana. *In* Ingo W. Sarlet (Org.). *Dimensões da Dignidade*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.
- MARTINS, Leonardo (Org.) *Cinquenta Anos de Jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal Alemão*. Ed. Konrad Adenauer. 2005. Uruguai.
- MAURER, Béatrice. Notas sobre o respeito da dignidade da pessoa humana... ou pequena fuga incompleta em torno de um tema central. *In* Ingo W. Sarlet (Org.). *Dimensões da Dignidade*. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Mostra Virtual Memória da Loucura*. Acessível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/retratos06.html>>
- \_\_\_\_\_. *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.
- \_\_\_\_\_. *Legislação em Saúde Mental*. 5. ed. Brasília-DF, 2004. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde
- \_\_\_\_\_. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2004.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Organização Mundial da Saúde: Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Acessível em: <[http://www.who.int/whr/2001/em/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/em/whr01_djmessage_po.pdf)>
- PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. 2. ed.
- RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. *Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: E.P.U., 1996.
- ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. *Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”*. *In* Franco Rotelli et al. *Desinstitucionalização*. SÃO PAULO: Hucitec, 2001. 2. ed.
- SARLET, Ingo W. *Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988*. 4. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Dimensões da Dignidade. Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2005.
- SEGADO, Francisco Fernández. *In* Ingo W. Sarlet (Org.). *Jurisdição e direitos fundamentais*. v. I, Tomo II, Anuário 2004/2005. *Ajuris*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- SILVA FILHO, João Ferreira da. *A medicina, a psiquiatria e a doença mental*. *In* Silvério Almeida Tundis e Nilson do Rosário Costa (Org.). *Cidadania e Loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.