

Um outro olhar sobre a loucura: a luta antimanicomial no Brasil e a lei 10.216/2001

Joyce Finato Pires
Laura Lemes de Resende

Resumo

Com o propósito de discutir aspectos históricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil no período da década de 1980 até os anos 2000, este estudo busca apresentar uma revisão bibliográfica sobre o tema da luta antimanicomial tendo como baliza a lei 10.216/2001. Destaca-se que a referida lei, conquistada como consequência de movimentações sociais, foi de grande importância para um novo entendimento acerca do significado dos transtornos mentais e de seu tratamento. Busca-se com esta pesquisa incitar a sociedade a repensar conceitos de segregação e discriminação com relação aos considerados doentes mentais. Para tal, optou-se pela escolha de um estudo bibliográfico que repense o olhar sobre a loucura, vista no seu aspecto social, previamente refletido sobre o estigma do medo e preconceito, visando problematizar e desconstruir o conceito de entes cronificados e promover sua reinserção no meio social, ultrapassando barreiras de marginalização e, conseqüentemente, garantindo sua cidadania. Este novo olhar proposto, tendo em vista aspectos do movimento da luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, fornece um novo paradigma aos saberes médico e jurídico: o considerado desviante entendido como sujeito de direitos, que necessita ser contemplado em face de seus aspectos: social, psicológico e principalmente, humano integrando-o como cidadão e proporcionando-lhe autonomia na comunidade, permitindo que usufrua de uma vida digna.

Palavras-chave: luta antimanicomial; reforma psiquiátrica; lei 10.216/2001.

Abstract

In order to discuss historical aspects of psychiatric reform in Brazil in the 1980's until the year 2000, this study was carried out for the primary purpose of a bibliographic review about the anti-asylum movement having as an end the law number 10.216 of 2001. It is worth highlighting that the mentioned law, conquered as a consequence of social movements was of great importance for a new understanding about the significance of mental illnesses and treatments. By this research it is sought to incite the society to re-evaluate segregation concepts and discrimination regarding mentally ill patients. As such, the choice of a bibliographic study that has a new approach about madness, considered in its social aspect, previously reflected upon the stigma of fear and prejudice, aiming to debate and reconstruct chronicle bodies and reintegrate them in the social surrounding, overcoming barriers of marginalization and, consequently, promoting their citizenship. This new perspective proposed, in terms of the Psychiatric Reform movement in Brazil, provides a new paradigm about medical and legal knowledge: the labeled deviant as a subject of rights that needs to be addressed in light of his social, psychological and mainly human aspects, incorporating the subjects as citizens and generating them self-sufficiency in the community and allowing a dignified life.

Keywords: anti-asylum movement; psychiatric reform; law number 10.216 of 2001.

Introdução

O objetivo desse estudo é fazer uma reflexão sobre aspectos históricos da Luta Antimanicomial no Brasil, que compreende a década de 1980 até os anos 2000, aspectos estes que tiveram como resultante a lei 10.216 de 2001.

Primeiramente, a loucura era caracterizada e pensada dependente dos momentos sociais, políticos e culturais que a humanidade percorria. Ela poderia ser vista como ligada aos deuses ou como castigo de Deus. A exclusão dos ditos loucos do meio social implicava no surgimento de um local para abrigá-los, assim, os asilos são firmados. Muitos pacientes sobreviveram em asilos ao longo de suas vidas, onde eram acorrentados, submetidos a tratamentos como banhos gelados, uma vida eternizada em meio à tortura e à sua dignidade usurpada. O desacorrentar dos pacientes por Pinel foi mudança significativa, contudo, ao longo do século XIX, trocou-se o peso das correntes pela camisa de força. A psiquiatria ganha vida utilizando-se de um discurso médico-terapêutico-moral para sua introdução, viabilizando a célere massificação dos asilos.

A partir de 1961, Franco Basaglia começa uma série de transformações no Hospício de Gorizia, Itália, entre elas: promover aos paciente um tratamento médico digno, humanizado e abrir as portas do hospício à comunidade. Sua influência foi tão grande que, em 1978, foi promulgada a Lei nº 180, estabelecendo modificações na condição do paciente, tornando-o cidadão de pleno direito. Suas ideias inovadoras com relação ao tratamento da saúde mental foram importantes para inspirar no Brasil o deputado Paulo Delgado, que deu início juridicamente ao Movimento pela Luta Antimanicomial.

O Movimento da Luta Antimanicomial inicia-se no Brasil no final da década de 1970, tendo como mote a luta pelos direitos dos doentes mentais, compondo-se não somente uma metamorfose às práticas anteriormente encarregadas da Saúde Mental como também impulsionando a sociedade a repensar a separação entre normalidade e doença, loucura e sanidade. Uma rede de serviços extra-hospitalares é ainda instituída a partir da década de 1990.

Com o nascimento da psiquiatria e sua introdução no Brasil, seu propósito era de simples resguarda dos cidadãos contra os excessos que a loucura cometia, assim sendo,

enclausurando estes indivíduos mentalmente instáveis em hospícios, longe dos olhos da sociedade.

Destarte, torna-se fundamental fazer questionamentos acerca do lugar simbolizado ao dito louco, da cultura estigmatizante e marginalizante que segrega este indivíduo, e interpelar sobre essas vidas que julgamos incompreensíveis e resignificá-las.

Método

Utilizou-se para este trabalho o método dedutivo envolvendo pesquisa bibliográfica de cunho histórico. A pesquisa bibliográfica permite ao pesquisador refletir sobre as contribuições de produção científica existentes. Com isso, o proposto estudo dirige-se a um sucinto panorama histórico acerca do tratamento da loucura e suas implicações sociais, fazendo um recorte histórico no contexto da Reforma Psiquiátrica praticada no Brasil entre as décadas de 1980 a 2000.

Aspectos Históricos da Loucura

O louco foi concebido de diversas formas, de acordo com cada período histórico. No período da Grécia Antiga, os loucos eram tidos como emissários dos deuses no Olimpo, e sua presença tida como essencial para se compreender suas interlocuções. Já no início da Idade Média, os loucos são a exteriorização das forças da natureza e com isso, exaltados. No final da Idade Média, o olhar sobre a loucura dispõe de aspectos negativos e os portadores de moléstias mentais são forçosamente afastados do seio social, juntamente com criminosos, libertinos, homossexuais, leprosos, sífilíticos, ou seja, todos aqueles que de alguma forma perturbavam o ordenamento social. Pela nova ordem social vigente havia a necessidade de imposição de disciplina e moral nos corpos dos indivíduos, e os sujeitos que não se amoldavam a esse sistema eram considerados desviantes.¹

¹ BELMONTE, Pilar. A Reforma Psiquiátrica e os Novos Desafios da Formação de Recursos Humanos. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio., org. **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996, p. 163. Disponível em: < books.scielo.org/id/dydn3/pdf/amancio-9788575412671-15.pdf>. Acesso em 02 set 2016

Na Idade Clássica, a loucura é desqualificada. Os loucos são lançados da sociedade e tratados como animais. Por um século o internamento foi o responsável por silenciar a loucura. No início do século XIX o olhar sobre a loucura mudou novamente. O louco passou a ser tratado como doente mental, objeto de estudo e passível de tratamentos e “curas”. Continuam presos nos hospícios, tornando-se internos e depois, pacientes.

Com Pinel, no final do século XVIII, foi possível se ter um vislumbre de certa humanidade, entretanto, utilizava-se de tratamento moral e repressivo. Surge a medicalização da loucura, acompanhada do nascimento do discurso psiquiátrico², que divide a sociedade em dois espaços: o espaço interno – destinado ao espaço social, digno e da razão – e o espaço externo – marcado pelo espaço do *gauche*, anormal, marginalizado. Essa divisão maniqueísta define essencialmente o que é considerado normal, o mundo normal, e o anormal, posto este reservado aos indivíduos designados para essa posição³. O desenvolvimento da psiquiatria conflui com a construção de estabelecimentos destinados ao tratamento de alienados, que, por inumeráveis vezes não eram ocupados por pessoas patologizadas como portadores de algum transtorno mental. Nesse instante surge o conceito de doença mental.⁴

O hospício, um misto de hospital, pelo seu aspecto terapêutico, e prisão, pelo seu aspecto corretivo, pode ser comparado a campos de concentração, assim como reforça Arbex⁵. É o local consagrado a ser realizado o tratamento mental e a psiquiatria torna-se especialidade médica.⁶ Com as unidades psiquiátricas é reconhecido que estes locais “[...] tornaram-se sinônimo de exclusão e isolamento específico para o louco.”⁷ Os sanatórios cumpriam sua função social: o de depositário dos indesejados que a sociedade não tencionava lidar.

² FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 52-57.

³ JACCARD, Roland. **A Loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 12.

⁴ BELMONTE, Pilar. Op. cit., p. 164.

⁵ ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013. p. 14.

⁶ CASTRO, Ulysses. **Reforma Psiquiátrica e o Louco Infrator**: Novas Ideias e Velhas Práticas. Goiânia, 2009. 127 f. Tese (Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás. p. 30

⁷ GAMBATTO, Rosani; SILVA, André Luiz Picolli da. Reforma Psiquiátrica e a Reinserção do Portador de Transtorno Mental na Família. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 24, n. 4, p. 25-33, abr./jun. 2006. p. 27

Reforma Psiquiátrica no Brasil

Com a vinda da família real portuguesa ao Brasil e a necessidade de aparelhar a Colônia, o primeiro hospício denominado Hospício de Pedro II, foi criado pelo Decreto nº 82 em 18 de julho de 1841.⁸ O número de alienados cresceu vertiginosamente de acordo com Castro. No início de 1890, o Hospício de Pedro II fora desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, passando para os cuidados da Administração Pública e renomeado Hospital Nacional de Alienados.⁹

No dia 22 de dezembro de 1903 é promulgada a Lei 1.132 que objetivava a legitimação da psiquiatria nacional. Até 1930, com Juliano Moreira na direção da Assistência Médico-Legal, é trazido ao Brasil a escola psiquiátrica alemã e, dessa maneira, nos anos 20 e 30, a doença mental é firmada por meio da higiene biologizante e racial. Neste período, a teoria eugenista é utilizada como garantia científica para validar o controle da loucura.¹⁰ Com a imposição do Decreto-Lei 24.559 em 1934 por Getúlio Vargas, tornava-se descomplicado internar qualquer indivíduo com a previsão de que a recolhida de pacientes a hospitais psiquiátricos podia ser dada por intermédio de “simples atestado médico”, podendo ser demandado por toda pessoa que tivesse interesse (art. 11-b).¹¹

No período da Ditadura Militar (1964-1984), inúmeros episódios são narrados com referência à repressão da vida civil e cessação de alguns direitos.¹² Scarparo salienta que nesse período a psicologia fora utilizada de forma a legitimar mecanismos sociais da desigualdade e opressão.¹³

Precursor do Movimento pela Reforma Psiquiátrica italiana conhecida como Psiquiatria Democrática, Franco Basaglia, desaprovava a forma como a medicina tradicional usava do indivíduo e seu corpo apenas como simples objeto de intervenção

⁸ DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). **Hospício de Pedro II.** Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm>>. Acesso em: 31 ago 2016.

⁹ CASTRO, Ulysses. Op. cit., p. 34-38.

¹⁰ BELMONTE, Pilar. Op. cit., p. 165.

¹¹ BRASIL. Câmara dos Deputados. **Legislação Informatizada – Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934.** Diário Oficial da União – Seção 1 – 14/07/1934. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 03 set 2016.

¹² SARLET, Ingo. **Curso de Direito Constitucional.** 5.ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 245

¹³ SCARPARO, Helena; GUARESCHI, Neuza. Psicologia Social Comunitária e Formação Profissional. **Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 2: 100-108, 2007. p. 100

clínica. Defendia o tratamento de forma humanizada sem a exclusão do indivíduo da sociedade fora do modelo asilar manicomial. No início da década de 1960, assume a direção do Manicômio de Gorizia, na Itália, tendo como objetivo a humanização deste equipamento, a efetividade de seus tratamentos e como escopo a recuperação dos internos. O foco era a rejeição do doente mental como objeto, um não-homem, encontrando-se doente por ser desprezado e desumanizado.

A partir dos anos de 1970, é iniciado por Basaglia o desmantelamento do aparato manicomial em Trieste. Dentre o que conseguiu realizar inclui-se o término das práticas coercitivas do “tratamento” como a abolição das grades, cadeados, camisas de força, oposição à clausura e à supressão dos sujeitos.¹⁴ A experiência marcante de Basaglia em Gorizia e Trieste faz perceber-se que somente o saber da comunidade terapêutica não é suficiente, é necessário dar seguimento a um projeto político que não descontinue a restauração humanizada dos manicômios ou a simples dinâmica de funcionamento interno.¹⁵

Seus ideias de melhoria das condições e tratamento dos doentes mentais inspiraram os juristas italianos a formularem a Lei nº 180, de 1978, notoriamente conhecida como Lei Basaglia, atualmente em vigência no país. Esta lei determina a eliminação dos manicômios e a relocação do tratamento existente por outras formas de cuidado e assistência, reparação da cidadania, dos direitos sociais dos doentes e assistência psiquiátrica competente. A lei Basaglia nortearia, alguns anos depois, o deputado brasileiro Paulo Delgado a elaborar a Lei Antimanicomial nº 10.216/2001.

No final da segunda metade da década de 1970 no Brasil, inúmeras críticas são feitas à administração da saúde pública, assim como denúncias, principalmente de negligência, abandono, exclusão, maus-tratos e crueldades, e consequentemente a violação de direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Quando em sua visita ao Brasil, Basaglia denunciou à imprensa o que vira no Hospital Psiquiátrico

¹⁴ AMARAL, Aline. **Medida de Segurança e Loucura: Interseções entre Direito, História, Psiquiatria e Saúde Mental**. Curitiba, 2014. 77 fls. Monografia. (Bacharel em Direito e Setor de Ciências Jurídicas) – Universidade Federal do Paraná. p. 50

¹⁵ ITALIA. **Dipartimento di Salute Mentale Trieste**. La Vita e le Opere. Disponível em: <<http://www.triestesalutementale.it/basaglia/biografia.htm>>. Acesso em 03 set 2016.

Colônia, em Barbacena (MG), um campo de concentração travestido de hospital, campo de extermínio de pessoas, tal qual um holocausto.¹⁶

Dessa forma, em 1978 foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que tinha como objeto reivindicações de ordem trabalhista de cunho humanitário, tornando-se este movimento o precursor da luta antimanicomial. A partir da década de 1980, a I Conferência Nacional em Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental foram momentos fulcrais para o então Movimento da Reforma Sanitária, ensejando o fim da trajetória sanitarista e desencadeando a chamada desinstitucionalização que visava uma Política de Saúde descentralizada, universal e unificada.^{17 18}

Dessa maneira, o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) convoca a comunidade a debater e reestruturar a relação do doente com sua doença. Ainda nessa perspectiva, é instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. O MLA buscava engendrar novos dispositivos e tecnologias para que se rearticule a psiquiatria e seus procedimentos, utilizando-se de sua estrutura comunitária e abrangente.¹⁹

Em 1988 é promulgada uma nova Constituição Brasileira e, a partir dela, criado um Sistema Único de Saúde.²⁰ Desse modo, sete estados federativos e Distrito Federal sancionaram leis que previam a gradativa assistência em hospital psiquiátrico de forma a substituir o tratamento em outros serviços e aparatos. Sendo assim, o Ministério da Saúde abarcou a edição de onze portarias que integram o funcionamento e controle dos hospitais psiquiátricos e outros dispositivos de novo tipo. Tão somente no dia 6 de abril de 2001, a Lei de Saúde Mental nº 10.216, projeto este desenvolvido pelo deputado

¹⁶ ARBEX, Daniela. Op. cit., p. 120.

¹⁷ TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro. Vol. 9 (1):25-59, jan.-abr., 2002. p. 32-37.

¹⁸ SCARPARO, Helena; PIZZINATO, Adolfo; ACCORSSI, Aline. Contextos, Processos e Memórias: Narrativas sobre Saúde Mental nas Décadas de Sessenta a Oitenta no Brasil. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 333-352, 2011. p. 338

¹⁹ TENÓRIO, Fernando. Op. cit., p. 35.

²⁰ MEDEIROS, Patrícia; BERNARDES, Anita; GUARESCHI, Neuza. O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.**, v. 21, n.3, p. 263-269, Set./Dez. 2005

Paulo Delgado, foi sancionada pelo Presidente da República após doze anos de tramitação e mudanças textuais.²¹

A Lei da Reforma Psiquiátrica ordena sobre a proteção e os direitos das pessoas que são portadoras de transtornos mentais e reconduz o modelo assistencial em saúde mental. Como principais alterações, destacam-se: a salvaguarda dos direitos referentes aos portadores de transtorno mental, a responsabilização do Estado pelo desenvolvimento de políticas pertinentes à área, pelo prenúncio de serviços comunitários de saúde mental, o emprego da internação hospitalar em casos em que todas as alternativas de tratamento foram exauridas e, o esforço da reinserção social, como finalidade terapêutica.²² A quebra de perspectiva do que efetivamente pode ser tratado como doença mental e o fim do isolamento total dos pacientes para um modelo de tratamento que considerasse o convívio na família e comunidade foi o escopo dessa luta. A ideia principal da Reforma não é o fechamento dos hospitais psiquiátricos e sim a diminuição dos leitos psiquiátricos no modelo asilar em hospitais psiquiátricos.²³

Criação dos CAPS

Com a modificação do modelo hospitalocêntrico a datar da Lei 10.216/01, é formada a rede de atenção à saúde mental, constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais. A caracterização principal dessa rede está baseada em ser substancialmente pública, de base municipal e controle social fiscalizador.²⁴ Passou a existir também o Programa Federal “De Volta Para Casa” atribuído a dar destino aos pacientes de longa internação psiquiátrica e de privação de liberdade, suas famílias cuidadoras recebem do governo

²¹ TENÓRIO, Fernando. Op. cit., p. 41.

²² BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 6 abr 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 31 ago 2016

²³ REVISTA CONTATO. **A Estrutura no Modelo Substitutivo ao Hospitalocêntrico**. Conselho Regional de Psicologia do Paraná. Curitiba. Ed. 71, set/out 2010, p. 25. Disponível em: <www.portal.crppr.org.br/revistas/111.pdf>. Acesso em 31 ago 2016

²⁴ Ibidem, p. 23-24.

auxílio monetário, quantia muitas vezes insuficiente para que um ente familiar se ausente da função que exerce para velar pelo paciente.²⁵

Os CAPS são os equipamentos que visam substituir os hospitais psiquiátricos. Sua estrutura é de base comunitária, objetivando estimular a integração social, familiar, apoiar iniciativas de busca de autonomia, geração de emprego e renda, e fazer a reinserção desse sujeito outrora excluído. Instrumento este que se encontra na contramão das atividades realizadas nos hospitais psiquiátricos. A principal estratégia da Reforma Psiquiátrica é fazer o indivíduo sair da sua situação de intra-muros e, juntamente com sua equipe em Saúde Mental, mudar a lógica da sua vida, construindo seu tratamento em conjunto com médicos, psicólogos e terapeutas.

Importa salientar que a internação hospitalar só é recomendada caso todos os outros recursos extra-muros se mostrem insuficientes para o tratamento do paciente, assim sendo sua internação de curta duração²⁶. Segundo a Lei 10.216 de 2001 a internação pode-se dar de três maneiras, a saber: voluntária, quando o usuário fornece seu consentimento para internação; involuntária, a pedido de terceiros ou sem o consentimento do usuário; ou compulsória, momento este encarregado pela Justiça, sendo de responsabilidade do Ministério Público acompanhar a internação involuntária desses pacientes.²⁷

Os CAPS são regulamentados pela Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 e é sua atribuição a prestação de atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando internações hospitalares. Este documento também estabelece diretrizes para o funcionamento deste equipamento e classifica-o em CAPS I (população de 20 a 70 mil atendendo adultos com transtornos mentais decorrente do uso de álcool e outras drogas), CAPS II (população de 70 a 200 mil habitantes atendendo pessoas com transtornos mentais severos e persistentes), CAPS III (para municípios de mais de 200 mil

²⁵ LIMA, Sheila; Brasil, Sandra. Do Programa de Volta para Casa à Conquista da Autonomia: Percursos Necessários para o Real Processo de Desinstitucionalização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24(1): 67-88, 2014.

²⁶ REVISTA CONTATO. **A Rede de Atenção à Saúde Mental: Avanços e Desafios**. Conselho Regional de Psicologia do Paraná. Curitiba. Ed. 74, mar/abr 2011, p. 24. Disponível em: <<http://www.portal.crppr.org.br/revistas/114.pdf>>. Acesso em 1 set 2016

²⁷ BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 6 abr 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 01 set 2016

habitantes funcionando 24 horas por dia durante os 7 dias da semana, atuando de forma a atender pacientes decorrentes de abuso de álcool e uso de drogas), CAPSi (especializados ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, sendo recomendado que se estabeleça em cidades com mais de 200 mil habitantes) e CAPSad (população com mais de 200 mil habitantes abrangendo atenção a pacientes decorrentes de abuso de álcool e drogas), modalidades e serviços que são direcionados conforme seu porte/complexidade e abrangência populacional.²⁸ Sua atuação de forma essencialmente comunitária e aberta oportuniza aos usuários atendimento diário, acompanhamento clínico e sua reinserção social por meio de acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e revigoramento do vínculo familiar e comunitário.²⁹

O Código Civil Brasileiro de 1916 colocava no seu art. 5º o doente mental como absolutamente incapaz³⁰. Já o novo Código Civil de 2002 retira do texto o doente mental como absolutamente incapaz, visando sua plena inclusão social em favor da sua dignidade. Somente o considera incapaz absoluto se ele não tiver o devido discernimento da prática de seus atos (art. 3º, II)³¹. A Lei 13.146 sancionada em 2015 diz respeito à Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e é destinada a assegurar e promover o exercício de seus direitos e das liberdades, visando sua inclusão e cidadania³². Este avanço, aliado à inclusão da capacidade absoluta do doente mental no novo Código Civil, favorece o paciente de forma revolucionária.

Considerações Finais

Por meio do deslocamento do modelo asilar como depósito de humanos proveniente do século XVIII para um modelo que garanta ao portador de doença mental a inclusão, percebe-se que a atenção, em seu sentido mais amplo, é o instituto que deve

²⁸ BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 1 set 2016.

²⁹ REVISTA CONTATO. **A Estrutura...**, p. 29.

³⁰ BRASIL. **Código Civil de 1916**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/codciv16.htm>>. Acesso em 03 set 2016.

³¹ BRASIL. **Novo Código Civil de 2002**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/codcivil.htm>>. Acesso em 03 set 2016.

³² BRASIL. **Lei 13.146 de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 06 jul 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. Acesso em 03 set 2016.

ser almejado com o intuito de descronificar pacientes e dar amparo a estes sujeitos utilizando-se de uma equipe multidisciplinar juntamente com a família do usuário³³.

Depreende-se que a sociedade é a depositária da definição de normas do pensamento e do comportamento, demarcando as fronteiras da loucura, assim como salienta Jaccard: “[...] a ideologia dominante fabrica, em todos os casos, o seu opositor – a Feiticeira, o Louco -, dando-se os meios de vencê-lo – a Inquisição, a Psiquiatria – e, graças a essa vitória – a Fogueira, o Hospício -, de fortalecer o seu poder”³⁴

Deve-se tentar entender os transtornos psiquiátricos e seu tratamento como uma condição de novas formas de inclusão baseadas no cuidado (e não somente na tentativa de cura) e estratégias assistenciais para garantir ao paciente uma expansão do seu exercício de cidadania³⁵

Caracterizar e classificar a loucura foi (e é) um processo demasiado abrangente, especialmente se verificarmos que ao longo do tempo a concepção de loucura foi esquadrihada à consunção do fenômeno social, pois esteve (e está) umbilicalmente ligada à história de suas instituições³⁶. O conhecimento científico, justificado através do discurso médico, os saberes jurídicos (através de internamentos compulsórios) e terapêuticos (tratamento moral) nortearam a compreensão da loucura e de seu tratamento. Já dizia Jaccard: “Onde a psiquiatria não existe, a loucura não é uma doença, é um desvio em relação à norma social.”³⁷

O louco, ou a loucura, acaba por questionar nossas certezas e verdades; faz com que olhemos para o Outro e sua realidade, engendrando formas de exclusão.³⁸ Quando o louco se torna o Outro, toma-se como verdadeiro a premissa de que ele nunca será o Eu e com isso é possível sempre etiquetá-lo como tal e segregá-lo. Por diversas vezes, mesmo que um paciente não esteja mais confinado em um hospital psiquiátrico, ainda há a rotulação de doente mental, caminhando lado a lado com o preconceito.

³³ CARNEIRO, Nancy; ROCHA, Luciana. O Processo de Desospitalização de Pacientes Asilares de uma Instituição Psiquiátrica da Cidade de Curitiba. **Psicologia, Ciência e Profissão.**, 2004, 24(3), 66-75. p. 67

³⁴ JACCARD, Roland. Op. cit., p. 17.

³⁵ BEZERRA JR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007. p. 248.

³⁶ CARNEIRO, Nancy; ROCHA, Luciana. Op. cit., p. 67.

³⁷ JACCARD, Roland. Op. cit., p. 33.

³⁸ Ibidem, p. 10.

Novas maneiras de retratar a loucura consentem a constatação de sua interpretação social e, a partir disso, o paciente é invocado a preencher seu lugar do ponto de vista ocupacional e jurídico, como sujeito de direito e não objeto, contemplando sua cidadania e exercício.³⁹ Hannah Arendt cita em *The Origins of Totalitarianism*:

[...] para o ser humano que perdeu o seu lugar na comunidade, a condição política na luta do seu tempo e a personalidade legal que transforma num todo consciente suas afirmações e uma parte de seu destino, restam apenas aquelas qualidades que geralmente só se podem expressar no âmbito da vida privada, e que necessariamente permanecerão ineptas, simples existência, em qualquer assunto de interesse público. Essa simples existência, isto é, tudo o que nos é misteriosamente dado por nascimento, e que inclui a forma de nosso corpo e os talentos de nossa mente, só pode ser aceito pelo acaso imprevisível da amizade e simpatia, ou pela grande e incalculável graça do amor que diz, como Santo Agostinho, ‘Volo ut sis’ (quero que sejas), sem poder oferecer qualquer motivo particular para essa suprema e insuperável afirmação.⁴⁰

As instituições psiquiátricas separam dos ditos “loucos” algo muito essencial e raro: o direito à existência pública. Eles foram privados, ao longo de anos, de todas as maravilhas que a humanidade foi capaz de florescer, sendo abandonados ao anonimato de si e da possibilidade de lutarem por melhores condições de vida.

Depreende-se que o Movimento da Luta Antimanicomial constitui-se como oposição à exclusão e defensor da tolerância e respeito pelos entes diferentes.⁴¹ Romper estigmas e estreitar relações do sujeito com a sociedade é um meio de dignificá-lo. A internação por longos períodos despersonaliza o paciente, transformando-o em um ser sem estímulos, vontades e desejos, tendo que reaprender a viver e como se articular com todo o seu entorno⁴².

É indispensável realizar investimento para a implantação de CAPS e de outras formas de serviços substitutivos e amplificação do número de trabalhadores com a participação de diversos atores sociais. Interessa salientar que a desinstitucionalização

³⁹ CARNEIRO, Nancy; ROCHA, Luciana. Op. cit., p. 74.

⁴⁰ ARENDT, Hannah apud LAFER, Celso. **A Reconstrução dos Direitos Humanos**: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 212.

⁴¹ BEZERRA JR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007. p. 249.

⁴² AMIN, Tereza. **O Paciente Internado no Hospital, a Família e a Equipe de Saúde**: Redução de Sofrimentos Necessários. Rio de Janeiro, 2001. 201 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Ciências Sociais. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública apud WINNICOTT, Clare. Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre, Artes Médicas Sul. 1994, p. 203.

convida a família a integrar-se com o paciente, no entanto, não gera meios que os ajudem a amenizar a sobrecarga, ficando os mesmos à própria sorte. É interessante que estes familiares ou cuidadores sejam contemplados em programas que os auxiliem nos cuidados básicos com os pacientes e os ampare para que consigam compreender a vivência da doença.⁴³

Importa, com esse estudo, vislumbrar o que antes não fomos capazes de enxergar, desassociar maneiras de se perceber o patológico que outrora fora imposta através da valoração moral, perceber que almas que resistem à normalidade querem e precisam ser sujeitos de direito, sujeitos de atenção, sujeitos complexos de dignidade.

Não se morre de loucura. Dentro da loucura encontra-se dignidade, saúde, lucidez. Morre-se sim de maus-tratos, segregação, preconceito e abandono.

Referências Bibliográficas

AMARAL, Aline. **Medida de Segurança e Loucura: Interseções entre Direito, História, Psiquiatria e Saúde Mental**. Curitiba, 2014. 77 fls. Monografia. (Bacharel em Direito e Setor de Ciências Jurídicas) – Universidade Federal do Paraná. p.50

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

ARENDT, Hannah apud LAFER, Celso. **A Reconstrução dos Direitos Humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988. p. 212

AMIN, Tereza. **O Paciente Internado no Hospital, a Família e a Equipe de Saúde: Redução de Sofrimentos Necessários**. Rio de Janeiro, 2001. 201 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Ciências Sociais. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública *apud* WINNICOTT, Clare. Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre, Artes Médicas Sul. 1994, p. 203.

AZEVEDO, Thaís; DIMENSTEIN, Magda. O Acompanhamento Terapêutico no Cuidado com Saúde Mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. UERJ, RJ, n.3, p. 658-671, 2008.

BELMONTE, Pilar. **A Reforma Psiquiátrica e os Novos Desafios da Formação de Recursos Humanos**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio., org. Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Editora

⁴³ AZEVEDO, Thaís; DIMENSTEIN, Magda. O Acompanhamento Terapêutico no Cuidado com Saúde Mental. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. UERJ, RJ, n.3, p. 658-671, 2008. p. 665

Fiocruz, 1996, p. 163. Disponível em: < books.scielo.org/id/dydn3/pdf/amancio-9788575412671-15.pdf>. Acesso em 02 set 2016

BEZERRA JR, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Legislação Informatizada – Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934**. Diário Oficial da União – Seção 1 – 14/07/1934. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 03 set 2016.

BRASIL. **Código Civil de 1916**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/codciv16.htm>>. Acesso em 03 set 2016.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 6 abr 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 31 ago 2016

BRASIL. **Lei 13.146 de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 06 jul 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm>. Acesso em 03 set 2016.

BRASIL. **Novo Código Civil de 2002**. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/codcivil.htm>>. Acesso em 03 set 2016.

CARNEIRO, Nancy; ROCHA, Luciana. O Processo de Desospitalização de Pacientes Asilares de uma Instituição Psiquiátrica da Cidade de Curitiba. **Psicologia, Ciência e Profissão**., 2004, 24(3), 66-75.

CASTRO, Ulysses. **Reforma Psiquiátrica e o Louco Infrator: Novas Ideias e Velhas Práticas**. Goiânia, 2009. 127 f. Tese (Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás.

DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930). **Hospício de Pedro II**. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/hospedro.htm>>. Acesso em: 31 ago 2016.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

GAMBATTO, Rosani; SILVA, André Luiz Picolli da. Reforma Psiquiátrica e a Reinserção do Portador de Transtorno Mental na Família. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 24, n. 4, p. 25-33, abr./jun. 2006.

ITALIA. **Dipartimento di Salute Mentale Trieste**. La Vita e le Opere. Disponível em: < <http://www.triestesalutementale.it/basaglia/biografia.htm>>. Acesso em 03 set 2016.

JACCARD, Roland. **A Loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

LIMA, Sheila; Brasil, Sandra. Do Programa de Volta para Casa à Conquista da Autonomia: Percursos Necessários para o Real Processo de Desinstitucionalização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24(1): 67-88, 2014.

MEDEIROS, Patrícia; BERNARDES, Anita; GUARESCHI, Neuza. O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n.3, p. 263-269, Set./Dez. 2005

REVISTA CONTATO. **A Estrutura no Modelo Substitutivo ao Hospitalocêntrico**. Conselho Regional de Psicologia do Paraná. Curitiba. Ed. 71, set/out 2010. Disponível em: < www.portal.crppr.org.br/revistas/111.pdf>. Acesso em 31 ago 2016

REVISTA CONTATO. **A Rede de Atenção à Saúde Mental: Avanços e Desafios**. Conselho Regional de Psicologia do Paraná. Curitiba. Ed. 74, mar/abr 2011. Disponível em: <<http://www.portal.crppr.org.br/revistas/114.pdf>>. Acesso em 1 set 2016

SARLET, Ingo. **Curso de Direito Constitucional**. 5.ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2016.

SCARPARO, Helena; GUARESCHI, Neuza. Psicologia Social Comunitária e Formação Profissional. **Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 2: 100-108, 2007.

SCARPARO, Helena; PIZZINATO, Adolfo; ACCORSSI, Aline. Contextos, Processos e Memórias: Narrativas sobre Saúde Mental nas Décadas de Sessenta a Oitenta no Brasil. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 333-352, 2011.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro. Vol. 9 (1):25-59, jan.-abr., 2002