

**CENTRO UNIVERSITÁRIO AUTÔNOMO DO BRASIL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS FUNDAMENTAIS E**  
**DEMOCRACIA – MESTRADO E DOUTORADO**

**ANDRESSA PASSIG**

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**EXISTENTES EM SAÚDE MENTAL**

**CURITIBA**  
**2023**

**ANDRESSA PASSIG**

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS  
EXISTENTES EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Direitos Fundamentais e Democracia, Centro Universitário Autônomo do Brasil – UniBrasil, como requisito à obtenção do grau de Mestre em Direito.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Schier

Coorientadora: Prof. Dra. Bárbara Dayana Brasil

**CURITIBA  
2023**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (UniBrasil), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Passig, Andressa

A reforma psiquiátrica brasileira e as políticas públicas existentes em saúde mental. / Andressa Passig. -- Curitiba, 2023.

145 f.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Schier  
Dissertação (Mestrado) - UniBrasil, 2023.

1. Direitos Fundamentais. 2. Direito à Saúde. 3. Saúde Mental. 4. Reforma Psiquiátrica. 5. Pessoas com Deficiência. I. Schier, Paulo Ricardo, orient.  
II. Título.

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**ANDRESSA PASSIG**

### **REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EXISTENTES EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Direito pelo Programa de Pós-Graduação stricto sensu – Curso de Mestrado em Direitos Fundamentais e Democracia do Centro Universitário Autônomo do Brasil – UniBrasil, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Schier  
Centro Universitário Autônomo do Brasil - UniBrasil

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Bárbara Dayana Brasil  
Centro Universitário Autônomo do Brasil - UniBrasil

Avaliadora externa: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Amélia Sampaio Rossi  
Universidade Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Avaliador interno: Prof.<sup>a</sup> Dr. Octávio Campos Fischer  
Centro Universitário Autônomo do Brasil - UniBrasil

Curitiba, 19 de maio de 2023.

*O reconhecimento da dignidade inerente e dos direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana é o fundamento da liberdade, justiça e paz no mundo. Preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos do Homem - ONU*

## AGRADECIMENTOS

A pesquisa científica por diversas vezes é tida como solitária, e de todo, não deve ser considerada errada tamanha afirmação. Contudo, o momento solitário, se sustenta, quando das memórias na mente, ou até mesmo confiadas a outro local.

Revisar mentalmente recordações que nos fazem sentir a luz do sol, ou ver a claridade do dia, é por vezes a excepcional alternativa, quando o único fenômeno acústico que se ouve minuto a minuto, é a nota que soa quando da pressão no teclado e sobre claridade, luz e dia, o conteúdo vem pelo brilho da tela.

Pois bem, o que seriam das lembranças a serem revisitas, se não fossem as pessoas que as compõem, portanto, a elas meu agradecimento.

Não há o sopro da vida, se não for a vontade de Deus. Valendo-se de meus pais, me fora permitido estar e chegar aqui hoje, com todo apoio e força. Ainda, não teria a base do conhecimento, se não fosse o cruzamento de cada linha, por cada professor, que deixou em mim, a sua marca, o seu legado, sua ciência, sua informação.

Aos citados, que muito compõem e corroboram com quem sou hoje, ousou dizer, que das mais incríveis pessoas que poderia ter em minha vida, vocês compõem esse bloco. Muito do que sou, é reflexo do que vocês são e como impactaram a mim.

No caminho descobri, que não conseguimos chegar ao fim de um simples artigo, de uma disciplina ou de qualquer outro carecer acadêmico, sem o auxílio de nossos colegas e amigos, sem vocês, não há fim, a tarefa fica árdua demais, os dias mais sombrios e certamente, mais aborrecidos.

A vocês, amigos e colegas, expresso meu muito obrigada e deixo ainda palavras ditas por Mario Quintana, como espécie de recado:

No fim tu hás de ver que as coisas mais leves são as únicas que o vento não conseguiu levar: um estribilho antigo um carinho no momento preciso o folhear de um livro de poemas o cheiro que tinha um dia o próprio vento...

Que saibam sempre, que serão as coisas mais leves que o vento nem o tempo, conseguiram levar. Cada auxílio e preocupação, eternizados estão nesse trajeto, cada oferta de colo, acalento e conhecimento, se mantém vivas. Essas são daquelas memórias que nos socorremos quando fica demasiadamente intenso.

Não menos importante, finalmente me resta agradecer ao meu grande amigo, espectador e admirador nada secreto, por toda parceria nas diversas horas de escritas, pensamentos, diálogos e debates que sempre contribuíram fortemente para este trabalho, nos mais diversos cantos desse mundo.

Mesmo com todas as suas tarefas, se preocupou indistintamente com as minhas, me acompanhou e seguiu este sonho junto comigo desde o início. Através de seu incentivo, não posso deixar de dizer, que foi muito mais fácil chegar até aqui!

Que alguns amores são passageiros, sempre sabemos, mas que as marcas que estes deixam dependem da sua profundidade, para que se tornem eternas. Me sinto por agora, profundamente marcada, agradecida e feliz, pela participação especial nessa dissertação, com todo amparo e amor entregue.

Pois bem, a você, me cabe recitar Roberto Shinyashiki:

Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite que ele possa ser realizado.

Nos momentos que eu mais duvidei de mim, era você que acreditava nesse sonho. E se não fosse, o sentido da vida, sobre quem a gente encontra e ama no caminho, não entendo o quão gracioso seria viver, assim, aos caminhos que trilhei que me levaram até você, francamente agradeço, pois “tão bom é morrer de amor e ainda assim, continuar vivendo”, como diria Mario Quintana. Que seja genuíno, evolutivo e enriquecedor, como sempre foi até quando, tiver que ser!

Com todo amor que há em mim, obrigada por estar ao meu lado, literalmente, quando da escrita de muitas das páginas aqui contidas meu grande amor, Marcio Hobold Lima.

Expresso minha sincera gratidão ao PPGD UniBrasil, por toda troca que me foi oportunizada nas aulas, palestras, eventos e debates de corredores, que não raras as vezes, fizeram surgir ideias e aprimoramentos na pesquisa.

Me resta, portanto, agradecer imensamente a CAPES (Coordenação de Aprimoramento de Pessoal de Nível Superior), pelo financiamento da pesquisa desde o início através do benefício que me foi concedido;

— A caridade, Sr. Soares, entra de certo no meu procedimento, mas entra como tempero, como o sal das coisas, que é assim que interpreto o dito de São Paulo aos Coríntios: "Se eu conhecer quanto se pode saber, e não tiver caridade, não sou nada".

O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal. Este é o mistério do meu coração. Creio que com isto presto um bom serviço à humanidade.

*Machado de Assis – O Alienista*

## RESUMO

A pesquisa tem como objetivo investigar as razões pelas quais ainda há regiões no Brasil que não possuem Centros de Atenção Psicossocial III (CAPs) e Residências Terapêuticas, mesmo após a implementação da Reforma Psiquiátrica. Esses centros proporcionam atendimento integral 24 horas por dia a pacientes com necessidade de atenção em saúde mental contínua. A pesquisa explora se isso ocorre pela falta de recursos financeiros ou de interesse político, resultando em falta de fiscalização e capacitação dos profissionais, apesar de ser uma exigência legal a existência de políticas públicas que forneçam assistência integral. Visa demonstrar qual é a situação atual da implementação dos CAPs III e Residências Terapêuticas no Brasil e quais são os fatores que contribuem para a ausência desses locais em certas regiões. Essa análise aborda recursos financeiros, políticas públicas e desafios na implementação e capacitação dos profissionais de saúde mental. Os resultados obtidos através do recorte metodológico, pelo método qualitativo frente as revisões bibliográficas, contribuem para aprimorar a implementação de políticas públicas e a qualificação dos profissionais, visando um atendimento de qualidade aos pacientes em tratamento de saúde mental no país, com base nas premissas legais estabelecidas pelas Leis 10.126/2001 e 13.146/2015, que foram elaboradas incorporando os princípios e diretrizes da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2006, ao contexto nacional, garantindo a proteção e promoção dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil.

**Palavras-chave:** Reforma psiquiátrica. Pessoa com deficiência. Saúde mental. Políticas públicas. Sistema Único de Saúde (SUS).

## ABSTRACT

The research aims to investigate the reasons why there are still regions in Brazil that do not have Psychosocial Care Centers III (CAPs) and Therapeutic Residences, even after the implementation of the Psychiatric Reform. These centers provide comprehensive 24-hour care to patients in need of continuous mental health attention. The research explores whether this occurs due to lack of financial resources or political interest, resulting in lack of oversight and professional training, despite the legal requirement for the existence of public policies that provide comprehensive assistance. It aims to demonstrate the current situation of the implementation of CAPs III and Therapeutic Residences in Brazil and identify the factors that contribute to the absence of these facilities in certain regions. This analysis addresses financial resources, public policies, and challenges in the implementation and training of mental health professionals. The results obtained through the methodological approach, using qualitative methods and literature reviews, contribute to improving the implementation of public policies and the qualification of professionals, aiming for quality care for patients receiving mental health treatment in the country. It is based on the legal premises established by Laws 10,126/2001 and 13,146/2015, which incorporate the principles and guidelines of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, adopted by the United Nations General Assembly in 2006, into the national context, guaranteeing the protection and promotion of the rights of persons with disabilities in Brazil..

**Keywords:** Psychiatric reform. Disabled person. Mental health. Public policy. Unified Health System (SUS).

## RESUMEN

La investigación tiene como objetivo investigar las razones por las cuales todavía hay regiones en Brasil que no cuentan con Centros de Atención Psicosocial III (CAPs) y Residencias Terapéuticas, incluso después de la implementación de la Reforma Psiquiátrica. Estos centros brindan atención integral las 24 horas del día a pacientes que requieren atención continua en salud mental. La investigación explora si esto se debe a la falta de recursos financieros o interés político, lo que resulta en falta de supervisión y capacitación de los profesionales, a pesar de que la existencia de políticas públicas que brinden asistencia integral es un requisito legal. Su objetivo es demostrar la situación actual de la implementación de los CAPs III y Residencias Terapéuticas en Brasil y los factores que contribuyen a la falta de estos servicios en ciertas regiones. Este análisis aborda los recursos financieros, las políticas públicas y los desafíos en la implementación y capacitación de los profesionales de la salud mental. Los resultados obtenidos a través del enfoque metodológico, utilizando métodos cualitativos y revisiones bibliográficas, contribuyen a mejorar la implementación de políticas públicas y la capacitación de los profesionales, con el objetivo de brindar una atención de calidad a los pacientes en tratamiento de salud mental en el país, basada en los principios y directrices establecidos por las Leyes 10.126/2001 y 13.146/2015, las cuales incorporan los principios y directrices de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006, al contexto nacional, garantizando la protección y promoción de los derechos de las personas con discapacidad en Brasil.

**Palabras clave:** Reforma psiquiátrica. Persona discapacitada. Salud mental. Políticas públicas. Sistema Único de Salud (SUS).

## SUMÁRIO

|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| INTRODUÇÃO .....                                                                                                            | 13  |
| 1. OS MODELOS DE DEFICIÊNCIA E O TRATAMENTO NORMATIVO .....                                                                 | 18  |
| 1.1. MODELO MÉDICO DE DEFICIÊNCIA .....                                                                                     | 25  |
| 1.2. MODELO SOCIAL DE DEFICIÊNCIA.....                                                                                      | 29  |
| 1.3. DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS EXISTENTES DE<br>REDIRECIONAMENTO AO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL | 37  |
| 2. DO TRATAMENTO JURÍDICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO<br>CONTEXTO INTERNACIONAL ÀS LEIS INFRACONSTITUCIONAIS.....          | 58  |
| 2.1. DIPLOMAS INTERNACIONAIS – CONVENÇÕES.....                                                                              | 58  |
| 2.2. O CONTEXTO BRASILEIRO – CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 .....                                                             | 65  |
| 2.3. MOVIMENTOS QUE RESULTARAM NA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO<br>BRASIL – LEI 10.126/2001 .....                                 | 78  |
| 2.4. RECEPÇÃO DO TRATADO DE DIREITOS HUMANOS AO ESTATUTO DA<br>PESSOA COM DEFICIÊNCIA – LEI 13.146/2015 .....               | 91  |
| 3. REDIRECIONAMENTO A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL ANTE A LEI<br>10.126/2001 E 13.146/2015.....                              | 101 |
| 3.1. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS .....                                                                            | 101 |
| 3.2. O CENTRO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS .....                                                                             | 106 |
| 3.3. SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS – STRs.....                                                                       | 113 |
| 3.4. O DÉFICIT NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL NO<br>BRASIL .....                                            | 118 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                                                                  | 130 |

## INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma questão de extrema importância e relevância social, que demanda políticas públicas efetivas para garantir o cuidado e atendimento integral às pessoas com transtornos mentais. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica, em vigor há mais de duas décadas, foi um marco na transformação do modelo de atendimento, priorizando a desinstitucionalização e a reinserção social desses indivíduos. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial de Alta Complexidade (CAPs III) e as Residências Terapêuticas, dentre outros, surgiram como componentes fundamentais para a implementação dessa política.

No entanto, apesar dos avanços e conquistas alcançados ao longo dos anos, ainda existem regiões no Brasil que carecem da presença dessas estruturas de atendimento e cuidado integral 24 horas por dia. O objetivo geral desta pesquisa foi investigar e demonstrar, com base nos dados do Governo brasileiro, por que essa situação persiste mesmo após a Reforma Psiquiátrica no país. Além disso, buscou-se compreender se essa ausência está relacionada à falta de recursos financeiros ou à falta de inserção da saúde mental na agenda política, resultando em uma não fiscalização adequada da alocação de recursos e uma deficiência na capacitação dos profissionais que atuam nessa área.

Para atingir esses objetivos, foram estabelecidas três perguntas de pesquisa. A primeira questionou a situação atual da implementação dos CAPs III no Brasil, com base nos dados governamentais de 2022. Essa análise buscou avaliar o panorama da implantação dessas estruturas, identificando os locais que ainda não possuem unidades em funcionamento, apesar da necessidade de um cuidado abrangente e integrado para as pessoas com transtornos mentais.

A segunda pergunta investigou os fatores que contribuem para a ausência de CAPs III e Residências Terapêuticas em determinados estados do Brasil, também com base nos dados do governo brasileiro de 2022. Essa análise buscou identificar os desafios e obstáculos que levam à falta dessas unidades, considerando aspectos como recursos financeiros, infraestrutura e políticas públicas.

A terceira e última pergunta objetivou avaliar o panorama da capacitação dos profissionais que atuam na área de saúde mental no Brasil, de acordo com as pesquisas e a legislação vigente. Essa análise teve como propósito identificar lacunas e desafios relacionados à falta de preparo adequado dos profissionais que trabalham nos CAPs III e Residências Terapêuticas, desviando o atendimento da finalidade inicialmente pretendida, devido à ausência de capacitação adequada.

Ao responder essas perguntas, a pesquisa demonstrou que, mesmo após mais de 20 anos da Reforma Psiquiátrica, ainda existem regiões no Brasil sem a presença de CAPs III e Residências Terapêuticas, que são componentes essenciais da política de desinstitucionalização e reinserção social das pessoas com transtornos mentais, conforme estabelecido legalmente. Além disso, foi possível compreender a falta de capacitação dos profissionais que atuam nesses locais em prol da saúde mental. Os resultados deste estudo fornecerão subsídios para aprimorar a implementação dos CAPs III, bem como a capacitação dos profissionais envolvidos, visando garantir um atendimento integral e de qualidade aos pacientes de saúde mental no país.

Nessa perspectiva, é essencial considerar também o contexto internacional dos direitos humanos e a relação do direito brasileiro com a saúde mental, a fim de buscar soluções alinhadas aos princípios e normas estabelecidos. O compromisso de promover o bem-estar e a inclusão das pessoas com transtornos mentais é uma responsabilidade conjunta, que transcende as fronteiras nacionais e requer a adoção de medidas eficazes para assegurar o pleno exercício de seus direitos.

Deste modo, no primeiro capítulo, serão abordados diversos temas relacionados ao tratamento jurídico da pessoa com deficiência, tanto em nível internacional como nacional. O capítulo começa discutindo os diplomas internacionais e convenções que tratam dos direitos das pessoas com deficiência, destacando a importância desses instrumentos para a proteção e promoção dos direitos das pessoas com deficiência. Serão mencionadas as convenções internacionais relevantes nessa área.

Em seguida, o contexto brasileiro será analisado, com foco na Constituição Federal de 1988. Serão apresentadas as disposições constitucionais que tratam dos direitos das pessoas com deficiência, ressaltando a evolução e a importância dessas garantias no ordenamento jurídico brasileiro.

Será abordada também a reforma psiquiátrica no Brasil, com destaque para a Lei 10.126/2001. Serão discutidas as mudanças ocorridas na abordagem e no tratamento das pessoas com deficiência mental, bem como os impactos dessas transformações no campo jurídico.

Outro ponto de destaque será o Estatuto da Pessoa com Deficiência, que foi estabelecido pela Lei 13.146/2015. Serão apresentadas as principais disposições desse estatuto, destacando os direitos garantidos às pessoas com deficiência e as medidas de inclusão e acessibilidade previstas na legislação.

Em resumo, esse capítulo aborda o tratamento jurídico da pessoa com deficiência tanto em nível internacional como nacional, destacando os diplomas internacionais, a Constituição Federal de 1988, a reforma psiquiátrica, o Estatuto da Pessoa com Deficiência

Além disso, o segundo capítulo tratará dos modelos de deficiência e do tratamento normativo dado a essa questão. Serão discutidos os diferentes enfoques adotados na compreensão da deficiência, e como esses modelos influenciam o desenvolvimento de políticas públicas e a legislação relacionada às pessoas com deficiência.

Serão explorados dois modelos principais: o modelo médico de deficiência e o modelo social de deficiência. O modelo médico de deficiência é baseado em uma perspectiva biomédica, que vê a deficiência como uma característica individual e busca a correção ou a cura dessa condição. Serão apresentados os aspectos desse modelo e sua influência nas políticas públicas e no tratamento normativo das pessoas com deficiência.

Por outro lado, o modelo social de deficiência enfatiza que a deficiência é uma construção social, resultante de barreiras e discriminações presentes na sociedade. Serão discutidas as características desse modelo e como ele influencia a compreensão da deficiência e as políticas de inclusão e acessibilidade.

Além disso, será abordada a transição da reforma psiquiátrica para as políticas públicas de redirecionamento ao modelo assistencial em saúde mental. Será discutida a evolução do tratamento das questões de saúde mental no contexto brasileiro e como essas mudanças afetaram o enfoque dado às pessoas com deficiência mental.

Em resumo, o capítulo trata dos diferentes modelos de deficiência, com destaque para o modelo médico e o modelo social. Será explorada a influência desses modelos nas políticas públicas e no tratamento normativo das pessoas com deficiência. Também será discutida a transição da reforma psiquiátrica para políticas de redirecionamento ao modelo assistencial em saúde mental.

No terceiro capítulo, será abordado o redirecionamento para a assistência em saúde mental em face das leis 10.126/2001 e 13.146/2015, destacando-se a importância da reforma psiquiátrica e a criação de uma rede de atenção psicossocial.

Será discutido o contexto da reforma psiquiátrica, iniciada na década de 1960 por Franco Basaglia, que questionou a institucionalização como única forma de tratamento. Será enfatizada a necessidade de ampliar as alternativas de cuidado e promover a desinstitucionalização.

Serão apresentados os principais aspectos da Lei 10.126/2001, que regulamenta a reforma psiquiátrica no Brasil. Será discutido como essa lei busca promover a assistência em saúde mental de forma humanizada, centrada no cuidado integral e na inclusão social das pessoas com deficiência mental.

Em seguida, será abordada a Lei 13.146/2015, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, e sua relação com a assistência em saúde mental. Serão explorados os direitos garantidos por essa lei às pessoas com deficiência mental e como essas disposições impactam o atendimento e a inclusão dessas pessoas.

Será apresentada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), que tem como objetivo promover a assistência em saúde mental de forma descentralizada e integrada. Serão discutidos os princípios e diretrizes da RAPs, bem como os diferentes componentes dessa rede, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e os Serviços de Residências Terapêuticas (STRs).

Será destacado o papel dos CAPS no acolhimento, acompanhamento e tratamento das pessoas com deficiência mental, proporcionando cuidado em meio comunitário. Também serão explorados os STRs, que visam a reinserção social e a moradia digna das pessoas em processo de desinstitucionalização.

Por fim, será discutido o déficit no atendimento à pessoa com deficiência mental, abordando os desafios enfrentados na garantia de acesso a serviços adequados e na promoção da inclusão social.

Em resumo, o capítulo trata do redirecionamento para a assistência em saúde mental em conformidade com as leis 10.126/2001 e 13.146/2015, e o déficit no atendimento à pessoa com deficiência mental e os desafios enfrentados nessa área.

Este trabalho, portanto, não ambiciona abranger a totalidade dos materiais já publicados, tão pouco esgota a apreciação da literatura içada, mas é um esforço inicial neste sentido.

## 1. OS MODELOS DE DEFICIÊNCIA E O TRATAMENTO NORMATIVO

Ao iniciar este capítulo, importante estabelecer alguns aspectos. A história da deficiência, é de longe a uma narrativa que não tenha consigo anseios e dores, desta forma, o presente tópico objetiva demonstrar com base em pesquisas, estáticas e dados, a superação quanto aos modelos de deficiência ao longo dos anos.

Sem aprofundamento, mais ligeiramente intencional em quais pontos trafegar, para fins de contextualização, importante apresentar que a história da loucura começa há séculos atrás.

Dos “anos 500 até o final do século X, mergulhada em um generalizado estado de ignorância, uma leve e quase imperceptível chama de cultura clássica era conservada na Europa e em muitos pontos do Oriente Médio”.<sup>1</sup> As maneiras de abolição na pré-história não eram sucedidas de uma discriminação proposital, que fora fruto de civilizações mais sofisticadas, porém, o que se nota ao observar a história da deficiência, é que, com ou sem desígnio, “a “marginalização” da pessoa com deficiência existia e estava muitas vezes ligada à ideia de que as deficiências físicas/mentais e doenças, eram causadas por espíritos maus, demônios ou uma forma da pessoa pagar por pecados cometidos.”<sup>2</sup>

Na antiguidade romana e grega, a compreensão da loucura estava intrinsecamente ligada a concepções religiosas e místicas. Nesse período, a percepção da deficiência na sociedade era influenciada por crenças de que ela estaria relacionada a divindades, manifestações sobrenaturais e até mesmo a presença de demônios.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> DA SILVA, Otto Marques. **A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje**. Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1987, p. 30

<sup>2</sup> *Ibidem*, p. 37.

<sup>3</sup> MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 1-19. ago. 2008, p.2.

A loucura era interpretada como uma condição espiritual, sendo associada a castigos divinos ou a possessões demoníacas. Essa visão religiosa influenciava profundamente a forma como a sociedade tratava as pessoas com deficiência, muitas vezes marginalizando-as e excluindo-as do convívio social.<sup>4</sup>

Após a Idade Média, a concepção da loucura passou por uma transformação significativa, abandonando-se as distorções de cunho religioso cristão e adotando-se uma abordagem mais moral, influenciada pelos movimentos culturais da Renascença. A loucura começou a ser retratada em obras literárias, sendo considerada um elemento de análise das imperfeições humanas. Essa nova perspectiva representou uma ruptura em relação ao passado, onde a loucura não recebia atenção ou consideração por parte da sociedade.

A Renascença trouxe consigo uma mudança de paradigma, permitindo um desenvolvimento dos conceitos contemporâneos relacionados à loucura. Ao incluir a loucura como tema de reflexão e investigação, a sociedade começou a questionar e explorar os aspectos que antes eram marginalizados. Esse movimento desempenhou um papel fundamental no avanço do entendimento da mente humana e na valorização da singularidade e diversidade das experiências individuais.<sup>5</sup>

Confabula Foucault, que a Idade Média atribuiu “um lugar à loucura na hierarquia dos vícios”.<sup>6</sup> Seria “privilégio absoluto da loucura: ela reinar sobre tudo o que há de mau do homem. Mas não reina também, indiretamente, sobre todo o bem que ele possa fazer?”<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> *Idem.*

<sup>5</sup> *Idem.*

<sup>6</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 12 ed. São Paulo: Perspectiva, 2019, p. 22

<sup>7</sup> *Ibidem*, p. 23.

Apesar de a loucura estar associada a uma estética gótica na época, ainda distante do reconhecimento necessário, essa foi uma oportunidade indispensável para dar voz às experiências relacionadas à loucura.

Em cotejo, no que tange os estudos de Foucault, o autor discorre quanto ao bem que a loucura poderia fazer, sendo o autor um teórico dedicado a compreensão do poder e da razão, utilizou de seu livro “história da loucura”<sup>8</sup> como “estratégia de pensar os limites do potencial emancipatório da razão moderna a partir da análise das modalidades de sofrimento que essa mesma razão possa produzir,”<sup>9</sup> emana seu viés compreensível em prol da loucura.

Assim, a questão que o intriga, é senão, a ideia de que se “o saber é tão importante na loucura, não é que esta possa conter os segredos daquele; ela é, pelo contrário, o castigo de uma ciência desregrada e inútil.”<sup>10</sup> Contrapondo, pois, se a loucura “é a verdade do conhecimento, é porque este é insignificante, e em lugar de dirigir-se ao grande livro da experiência, perde-se na poeira dos livros, nas discussões ociosas; a ciência acaba por desaguar na loucura pelo propor excesso de falsas ciências,”<sup>11</sup> e assim um ganha os holofotes, enquanto outro a segregação social.

Na linha do tempo, no ano de 1656, já em Paris, criava-se o Hospital Geral, local destinado a recolher qualquer cidadão que perturbasse a ordem social, no entanto, não era este um local de tratamento, realizava a função de polícia e de justiça social, muito mais do que algo próximo ao fim de acolhimento para acompanhamento. O Hospital Geral, possuía o viés de protecionista, ou seja, proteger a sociedade da perturbação que segundo eles, essas pessoas ocasionavam. Essa hostilidade

---

<sup>8</sup> História da loucura, seria “inicialmente um livro de epistemologia. Seu objetivo inicial consiste em expor o lento processo de transformação da loucura em “doença mental”, em objetivo de um saber psiquiátrico e psicológico, produzindo, com isso, as condições de possibilidade para o advento das positivities das ciências clínicas do “mental”. Na verdade, trata-se de descrever as ciências do “mental” como objeto determinado de intervenção e “saber” através de uma internalização de dispositivos morais, explicando um novo regime de articulações entre medicina e moral.” (FOUCAULT, Michel, *Op. cit.*, p. XI)

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. IX.

<sup>10</sup> *Ibidem*, p. 24.

<sup>11</sup> *Idem*.

ocorrerá nos corredores de alguns leprosários vazios, reutilizados como abrigo para conter a loucura.<sup>12</sup>

O Hospital Geral, portanto, não se assemelha a uma ideia médica, foi naquele momento “um estranho poder que o rei estabeleceu entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão,”<sup>13</sup> representava a ordem monárquica e burguesa da França da época, muito mais do que garantir estruturas de internamento aos alienados de Pinel, encontrados em Bicêtre e na Salpêtrière (que serão abordado adiante), assim estava ligeiramente ligado ao poder real e a uma autoridade única do governo civil<sup>14</sup>.

O que poucos sabem, é que nestes ambientes de internamento criados, mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris, esteve privado de sua liberdade em uma delas por vários meses, onde o poder absoluto fez destes prisioneiros arbitrários. É sabido, ainda, que no período de um século e meio, os loucos ficaram à mercê desse regime de internamento, e que um dia foram descobertos nas salas do Hospital Geral<sup>15</sup>, misturados com a população das Workhouses<sup>16</sup> ou Zuchthdusern.

Foi somente a partir da metade do século XVII que surgiu a ideia de internalização da loucura. Nesse contexto, os “loucos” passaram a ser tratados como seres animalescos, sendo caracterizados como irracionais e insensíveis à dor e fragilidade humana. Em alguns casos, aqueles que apresentavam comportamentos mais agressivos eram expostos publicamente como forma de punição, visando reforçar essa “verdade” perante a sociedade.<sup>17</sup>

---

<sup>12</sup> MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. *Op. cit.* p. 6

<sup>13</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. *Op. cit.*, p. 57.

<sup>14</sup> *Idem*.

<sup>15</sup> *Idem*.

<sup>16</sup> “As Workhouses eram casas destinadas a homens, mulheres e crianças, para propiciar aos que estão fora dos padrões sociais exigidos, um sistema de formação embasado na disciplina e interiorização de bons hábitos e ideias”. DORIGON, Nelci Gonçalves. **Educação e trabalho: a convocação das workhouses**. Dissertação. Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, 2006, p. 28.

<sup>17</sup> MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. *Op. cit.*, p. 4.

Ao final do XVIII, se entendeu que trancar a loucura coercitivamente fazia com que aumentasse a sua alienação. Sendo assim, o internamento deixou de buscar a repressão e caminhava em busca de liberdade, contribuindo para o encerramento do hábito de internar, fazendo, portanto, surgirem, os asilos.<sup>18</sup>

Helena Millani e Maria Luisa Valente, ao tocando a evolução de subsídio à saúde mental, auxiliam:

Um membro de uma associação protestante denomina Quacre, destacou-se na Inglaterra, onde fundou, em 1792, um hospício em Nova York, para prestar tratamento humanitário e religioso aos doentes mentais. Alimentava a proposta de um asilo moldado por uma comunidade religiosa, como objetivo de reconstruir, para o interno, a ideia de uma família fictícia, a fim de ser vivenciado o meio familiar, uma vez que ele era considerado uma ameaça perigosa à verdadeira família.<sup>19</sup>

Ocorre que, mesmo com a evolução, em cinquenta anos o internamento asilar resultou em uma miscigenação contraproducente, haja visto o cenário real das pessoas que para esses locais eram enviadas, ficando nesses estabelecimentos cidadãos arbitrariamente assim apetevidos, sem crivo algum para a institucionalização, não se diferenciavam os jovens que perturbavam seus familiares, as pessoas de direito comum, vagabundos de insanos,<sup>20</sup> ensejando naquele momento, uma ruptura na ideia asilar por todo descompasso gerado entre a ideia inicial e a prática.

---

<sup>18</sup> *Idem.*

<sup>19</sup> *Idem.*

<sup>20</sup> FOUCAULT, Michel. *Op. cit.*, p. 63

Assim, destoado do motivo predominante de sua exordial criação, o caráter de urgência desdobrava-se em poder suportar essa porção da população que se viu banida<sup>21</sup>, quase que de modo mais perverso, do que fizeram com os leprosos.<sup>22</sup>

Naquela oportunidade, o asilamento buscava que, pelo simbolismo familiar, o doente ali inserido, sujeita-se a um controle social e moral, sendo submetidos a experimentos, que tinham como fulcro observar suas reações, frente a projeções psicológicas de cunho familiar e de liberdade, assim, julgavam-vos por suas reações, por isso a simbologia da família era algo marcante.<sup>23</sup>

Alguns anos depois, quanto a um relevante interesse pela pessoa acometida de sofrimento mental, Philippe Pinel foi considerado o pai da psiquiatria, pois, foi ele que, em 1780, se destacou por seu interesse na psiquiátrica e por meados de 1786, passou a tratar destes doentes, onde foi médico no asilo de Bicêtre<sup>24</sup>, que à época, era destinado a tratamento de transtornos mentais do sexo masculino, foi também médico em Salpêtrière, asilo feminino daqueles que reuniam sem distinção alguma, os loucos e criminosos, onde os manteve em situações deploráveis, sendo eles doentes ou não, até então.<sup>25</sup>

Philippe Pinel observava os doentes de forma que pudesse libertá-los e que esses fossem tratados de forma humanitária, sendo, portanto, considerados, doentes comuns, acreditando que os transtornos mentais eram sequelas de toda uma tensão

---

<sup>21</sup> “Os leproses foram exterminados, quase que em sua totalidade ante a segregação assídua que foi feita no final da Idade Média, pois se acreditava que esses eram punidos por Deus ante a seus pecados, poderiam ter a salvação, desde que esta chegasse a eles neste processo de exclusão e não de outro modo.” DÍAZ, Esther. **La filosofía de Michel Foucault**: edición ampliada y actualizada. Editorial Biblos, 2019. p. 2.

<sup>22</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. *Op. cit.*, p. 63.

<sup>23</sup> MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. *Op. cit.*, p. 4.

<sup>24</sup> Bicêtre: “local destinado a doentes mentais do sexo masculino, onde os loucos eram acorrentados, em celas baixas e úmidas. Salpêtrière: asilo destinado a doentes mentais do sexo feminino, onde também as “loucas” eram mantidas acorrentadas, às vezes por 30 ou 40 anos”. In: FRANCO, Andréia. **Desacorrente-os**. Disponível em: <<https://encenasaudemental.com/personagens/desacorrente-os/>> Acesso em: 26 mai. 2022.

<sup>25</sup> MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. *Op. cit.*, p. 4.

social e psicológica, podendo ser de causa hereditária ou claro, gerado por acidentes físicos.<sup>26</sup>

Assim, estava Pinel a frente da importante transição em romper com o que se teve ao longo dos séculos entendido, considerando a loucura correlata a feitos demoníacos em relação aos doentes,<sup>27</sup> dando voz a uma alienação que deseja ser ouvida.

Já para Foucault, mesmo antes Pinel, a loucura já está livre, assim afirma:

Libertada a loucura já está, bem antes de Pinel, não das coações materiais que a mantêm na prisão, mas de uma sujeição bem mais constrangedora, talvez mais decisiva, que a sustém sob o domínio desse obscuro poder. Antes mesmo da Revolução, ela está livre: livre para uma percepção que a individualiza, livre para o reconhecimento de seus rostos singulares e todo o trabalho que enfim lhe atribuirá seu estatuto de objeto.<sup>28</sup>

No entanto, as ideias e análises de Foucault sobre a loucura e seu tratamento não estavam amplamente refletidas na sociedade naquela época, foi apenas após Segunda Guerra Mundial, com a ascensão econômica retomando frente a uma reconstrução social, que a comunidade profissional entendeu a necessidade de se repensar no modelo existente quanto aos hospitais psiquiátricos, ensejando através de uma ordem social moderna, uma conscientização coletiva a fim de tratar do paradigma psiquiátrico de forma mais aberta, socialmente igualitária e solidária, desenvolvendo assim, progresso com a finalidade de articular algo com teor de uma reformulação psiquiátrica.<sup>29</sup>

A loucura, nesse momento, ganha um espaço que jamais teve, é vista como jamais fora, mesmo que ainda não estivesse claro seu lugar na ordem jurídica. No Brasil, fora o legislador que precisava situá-la, a questão na ocasião pairava sobre

---

<sup>26</sup> *Idem.*

<sup>27</sup> *Idem.*

<sup>28</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. *Op. cit.*, p. 459.

<sup>29</sup> MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. *Op. cit.*, p.4.

qual seria seu real espaço social, qual lugar a loucura ocuparia, da prisão, hospital ou de assistência familiar.<sup>30</sup>

Nessa lógica, segundo Foucault.

Experiência da loucura que se estende do século XVI até hoje deve sua figura particular, e a origem de seu sentido, a casa ausência, a essa noite e a tudo o que ocupa. A bela retidão que conduz o pensamento racional a análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e, nesse caso, verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de uma maneira mais completa, e também mais perigosa, essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir. No ponto extremo da opressão, essa explosão, a que assistimos desde Nietzsche, era necessária.<sup>31</sup>

Como resultado desses avanços, a concepção moderna da deficiência se afastou do elemento místico e passou a ser compreendida como uma condição patológica. Isso permitiu que o corpo, exceto em habilidades específicas, fosse modificado por meio de intervenções cirúrgicas ou reabilitação, surgindo assim o modelo médico da deficiência, que será explorado em detalhes a seguir.

### 1.1. MODELO MÉDICO DE DEFICIÊNCIA

Para compreendermos o modelo médico da deficiência, é fundamental entendermos o percurso que levou a deficiência a ser reconhecida como tal. Nesse sentido, as classificações desempenharam um papel crucial, pois promoveram a organização e o contínuo interesse em relação às pessoas com esse diagnóstico.

Essas classificações foram desenvolvidas com o objetivo de categorizar e identificar diferentes tipos de deficiência, permitindo uma compreensão mais clara das necessidades e características de cada indivíduo. Através desse processo de

---

<sup>30</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. *Op. cit.*, p. 459.

<sup>31</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. *Op. cit.*, p. 29/30.

categorização, foi possível estabelecer padrões e diretrizes para o tratamento e a intervenção médica, dando origem ao modelo médico da deficiência.

A preocupação dos profissionais de saúde em estabelecer uma classificação das doenças remonta ao século XVIII. Mas somente na VI Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), em 1948, citada na IX Revisão,<sup>11</sup> foram feitas referências a doenças que poderiam se tornar crônicas, exigindo outros atendimentos além de cuidados médicos.<sup>32</sup>

Até a década de 70, a CID-8, citada na IX Revisão, ponderavam somente os aparecimentos agudos, pelo modelo médico: Etiologia  $\Rightarrow$  patologia  $\Rightarrow$  manifestação<sup>33</sup>, ocorre que, a falha neste modelo, se atinha a ausência de consideração quanto as “perturbações crônicas, evolutivas e irreversíveis”.<sup>34</sup>

Assim, frente ao surgimento do novo conceito na IX Assembleia da Organização Mundial da Saúde em 1979, “a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: um manual de classificação das consequências das doenças – CIDID – teve sua publicação em 1989,<sup>35</sup> estabelecendo diretrizes a aplicabilidade de suas terminologias ao seguro social, saúde ocupacional, concessões de benefícios e, ao nível comunitário, em cuidados pessoais de saúde ou para avaliar pacientes em reabilitação.<sup>36</sup>

Feito de extrema relevância, CIDID fora referencial básico na conceituação da deficiência. Assim, nas premissas da CIDID, considera-se:

---

<sup>32</sup> ALMEIDA, Manuella Santos Carneiro et al. Classificação Internacional das Doenças-11ª revisão: da concepção à implementação. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 104, 2020. p. 3.

<sup>33</sup> AMIRALIAN, Maria LT et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000. *Op. cit.*, p. 98.

<sup>34</sup> *Idem*.

<sup>35</sup> PORTUGAL. Secretariado Nacional de Reabilitação. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): Um manual de classificação das consequências das doenças (CIDID). Lisboa: SNR/OMS; 1989. n.p.

<sup>36</sup> RIESER, Richard. The social modal of disability. Invisible children. In: **Joint Conference on Children, Images and Disability**. p. 55-60, 1995. p. 57.

**Deficiência:** perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.<sup>37</sup>

Ainda, quanto a incapacidade e o que se entende por desvantagem:

**Incapacidade:** restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária;

**Desvantagem:** prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência.<sup>38</sup>

Na CIDID, evitou-se utilizar a mesma palavra para designar as deficiências, incapacidades e desvantagens, deste modo, para uma deficiência foi adotado um adjetivo ou substantivo, para uma incapacidade, um verbo no infinitivo e para uma desvantagem, um dos papéis de sobrevivência no meio físico e social.<sup>39</sup>

Como elucida Sampaio e Luz:

---

<sup>37</sup> AMIRALIAN, Maria LT et al. *Op. cit.*, p. 99.

<sup>38</sup> *Idem*.

<sup>39</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976.** World Health Organization, 1980. p. 183

O processo de incapacidade é assim representado por dimensões distintas, mas inter-relacionadas. Deficiência (*impairment*) inclui sistemas ou partes do corpo que não funcionam apropriadamente; incapacidade (*disability*) centra-se em coisas que as pessoas não podem fazer, especialmente atividades básicas da vida diária e o desempenho de papéis socialmente esperados.”<sup>40</sup>

Ante a análise dos diagramas, a possibilidade de se concluir se a doença advém ausente de maiores complicações, onde incapacidade e a desvantagem podem existir sem que haja uma doença. “Há possibilidade de interrupção da sequência em qualquer estágio: uma pessoa pode ter uma deficiência sem incapacidade, uma incapacidade sem desvantagem ou uma desvantagem sem incapacidade, ou deficiência”.<sup>41</sup>

A proposta da CIDID de que as acepções carecem de elaboração, de que tem qualificação para tal, de modo a positivas as doenças e implicar a competência ao médico necessário, excluindo demais profissionais, do social e até mesmo as pessoas com deficiências. Onde “uma sendo identificada como orgânica, para se sanar a deficiência, dever-se-ia fazer uma ou mais intervenções sobre o corpo para promover seu melhor funcionamento (quando possível) e reduzir assim as desvantagens sociais a serem vividas.”<sup>42</sup>

Pode-se dizer deste modo, que o Modelo Médico da Deficiência fica compreendido como “um fenômeno biológico. Segundo tal concepção, a deficiência seria a consequência lógica e natural do corpo com lesão, adquirida inicialmente por meio de uma doença, sendo uma como consequência desta.”<sup>43</sup>

De tal sorte, este é o modelo que vê atrelado a figura do médico com total ênfase a este, a figura centrada como a única forma de promover qualquer tipo de reabilitação, figurando um certo estereótipo de “cura”, para uma ressocialização.

---

<sup>40</sup> SAMPAIO, Rosana Ferreira; LUZ, Madel Terezinha. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 475-483, 2009. p. 477.

<sup>41</sup> AMIRALIAN, Maria. et al. *Op. cit.*, p. 99.

<sup>42</sup> FRANÇA, Tiago Henrique. Modelo social da deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. *Lutas Sociais*, v. 17, n. 31, 2013. p. 60

<sup>43</sup> *Idem*.

Não obstante, o que se sabe é que existem diversas perspectivas que ressaltam a importância de lidar com os desafios relacionados às deficiências. Uma abordagem que ganha destaque é a atenção voltada aos obstáculos que estão de alguma forma relacionados às deficiências. Nesse sentido, a solução mais adequada reside no âmbito social, através de uma ampla discussão nacional que busca contemplar diversas reflexões, a fim de determinar a melhor maneira de lidar com as diferenças.

Por isso, o modelo social de deficiência enfatiza que as considerações sociais têm um papel fundamental na compreensão das deficiências, seja de forma total ou parcial. De acordo com essa perspectiva, a deficiência é um fenômeno complexo que não pode ser reduzido a um simples atributo médico ou individual da pessoa. Essa abordagem reconhece que as barreiras e as limitações impostas às pessoas com deficiência são predominantemente resultantes de fatores sociais, como atitudes discriminatórias, falta de acessibilidade e falta de inclusão.

Portanto, para uma abordagem abrangente e inclusiva das deficiências, é necessário considerar tanto os aspectos médicos quanto os aspectos sociais, buscando superar as barreiras e promover a igualdade de oportunidades para todas as pessoas, independentemente de suas diferenças, como demonstrado a seguir.

## **1.2. MODELO SOCIAL DE DEFICIÊNCIA**

O modelo médico de deficiência é uma abordagem que se concentra nas limitações físicas, cognitivas ou sensoriais de uma pessoa como causa principal da deficiência. Historicamente, a deficiência era entendida como um problema individual, relacionado exclusivamente às características biológicas ou patológicas da pessoa.

Nesse sentido, o modelo médico de deficiência enfatizava a necessidade de diagnóstico, tratamento e reabilitação para "corrigir" ou "compensar" as deficiências. No entanto, essa abordagem tem sido criticada por limitar a compreensão da deficiência apenas aos aspectos médicos, ignorando os fatores sociais, culturais e

ambientais que contribuem para a exclusão e a discriminação enfrentadas pelas pessoas com deficiência.

Nas últimas décadas, surgiram críticas a esse modelo, impulsionando o desenvolvimento do modelo social de deficiência, que busca promover a inclusão e a igualdade de oportunidades para todas as pessoas, independentemente de suas características individuais.

O que se pode observar é que a percepção da deficiência tem se afastado de uma abordagem baseada na noção de normalidade e tem sido incorporada ao contexto da inclusão social, adquirindo um status de discurso e interpretação predominante. Nesse novo enfoque, as ações e intenções decorrentes desse modelo visam a transformação da sociedade, buscando torná-la acessível a todos. Isso contrasta com a abordagem do modelo médico, que se concentra principalmente na correção das limitações individuais das pessoas com deficiência.<sup>44</sup> A ênfase agora está na adaptação do ambiente físico, social e cultural para garantir a participação plena e igualitária de todas as pessoas, independentemente de suas habilidades ou características individuais.<sup>45</sup>

Por isso, compreender o modelo social de deficiência, é fundamental para reconhecer que a deficiência não reside na pessoa em si, mas sim na sociedade em que ela está inserida. A compreensão da deficiência como uma manifestação da diversidade humana, por meio da análise do debate em torno do modelo social de deficiência, é o foco central deste estudo.

Ao adotar essa abordagem, busca-se deslocar o olhar da pessoa com deficiência como alguém que precisa ser corrigido ou adaptado às normas predominantes, e passa-se a considerar a importância de promover mudanças no

---

<sup>44</sup> FREITAS, Maria Nivalda Carvalho de. **A inserção de pessoas com deficiência em empresas brasileiras: um estudo sobre as relações entre concepções de deficiência, condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho**. Tese. Doutorado em Administração pelo Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2007, p. 34.

<sup>45</sup> *Ibidem*, p. 35.

ambiente social, cultural e estrutural para garantir a plena inclusão e participação de todas as pessoas, independentemente de suas habilidades individuais.<sup>46</sup>

Foi em 1966, através do sociólogo Paul Hunt que houve “a primeira publicação elaborada por pessoas com deficiência, cujo objetivo foi debater as limitações sociais vividas por essas pessoas para além das questões autobiográficas e principalmente médicas.”<sup>47</sup>

Além disso, é importante destacar o papel pioneiro de Hunt na Inglaterra ao articular politicamente as pessoas com deficiência, o que resultou no surgimento do movimento das pessoas com deficiência. Esse movimento ganhou força ao defender os direitos e a inclusão social das pessoas com deficiência, buscando combater a discriminação e promover a igualdade de oportunidades, surgindo assim a UPIAS – The Union of the Physically Impaired Against Segregation, instituto que imputou a concepção de deficiência como sendo um acontecimento de caráter social.<sup>48</sup>

Assim o “modelo social afirma que a deficiência resulta da evolução social de barreiras que restringem as atividades das pessoas com deficiência,”<sup>49</sup> diferentemente da concepção que se tinha no modelo de prescindência, que reformulou mais do que somente a forma de atendimento, retirou da figura isolada do médico a responsabilidade por guiar aquela vida, aquele tratamento, desaguando tal incumbência também na sociedade, onde então o chamamento ao cuidado da pessoa com deficiência ganha novos ares, se tornando uma responsabilidade de todos socialmente envolvidos, ao menos em tese, se torna um dever social o zelo.

Desta forma, o modelo social se baseia “antes de tudo, na distinção entre lesão e deficiência, remetendo ao contexto social pouco sensível à diversidade

---

<sup>46</sup> SANTOS, Wederson Rufino dos. **Pessoas com deficiência**: nossa maior minoria. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 18, p. 501-519, 2008. p. 503.

<sup>47</sup> FRANÇA, Tiago Henrique. *Op. cit.*, p. 62.

<sup>48</sup> *Idem*.

<sup>49</sup> BARBOSA, Adriana Silva. **Tecnologia assistiva e seus usuários**: automóveis adaptados no Brasil, Tese. Doutorado pelo Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2018, p. 45.

corporal a responsabilidade por transformar o corpo com uma lesão em um corpo que sofre opressão pela deficiência.”<sup>50</sup>

Nesse sentido, as UPIAS reformularam as noções de lesão (*impairment*) e deficiência (*disability*), ensejando uma nova roupagem aquilo que se entendia anteriormente, estabelecendo, portanto, tais conceitos:

**Lesão**, como a falta completa ou parcial de um membro ou ter um membro, órgão ou uma função do corpo com defeito; e **deficiência** como a desvantagem ou restrição de atividade causada pela organização social contemporânea que não (ou pouco) leva em consideração as pessoas que possuem uma lesão, e assim as exclui da participação das atividades sociais<sup>51</sup> (grifo nosso)

E foi assim, que o modelo social, se tornou uma espécie de “teste ideológico decisivo da política da deficiência na Grã-Bretanha ao ser usado pelo Movimento das Pessoas com Deficiência para distinguir as organizações, políticas, leis e ideias progressivas e aquelas que são inadequadas.”<sup>52</sup>

A existência de corpos com diferenças marcantes sempre despertou a indiscrição, o assombro ou a apatia nas mais diversas sociedades, fazendo essa distinção do normal e do patológico, ser expressão que se origina de conceitos prospectados pelas pessoas que não possuem características diferentes.<sup>53</sup>

Conduz, quase que uma espécie de “classificação dos corpos em normais e excepcionais, surgindo quando as pessoas com corpos sem as diferenças buscarem

---

<sup>50</sup> SANTOS, Wederson Rufino dos. *Op. cit.*, 503.

<sup>51</sup> UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION. **The Union of the Physically Impaired Against Segregation and the Disability Alliance Discuss Fundamental Principles of Disability: Being a Summary of the Discussion Held on 22nd November, 1975 and Containing Commentaries from Each Organisation.** Union of the Physically Impaired Against Segregation, 1976. n. p.

<sup>52</sup> BARBOSA, Adriana Silva. *Op. cit.*, p. 46.

<sup>53</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** *Op. cit.*, x.

uma identificação do seu corpo *normal*”<sup>54</sup> face aqueles com alguma diferença marcante. Ou seja, “esse processo classificatório se dá no jogo cotidiano das relações sociais e pela construção da expectativa de identidade social condizente com um ambiente”.<sup>55</sup>

Durante um longo período do pensamento ocidental<sup>56</sup>, esse processo de dominação do corpo pela ciência biomédica, do corpo excepcional, passou crescentemente a ser representado por condições clínicas, como patologia.”<sup>57</sup> Foi ainda, no plano ideológico-filosófico, que a “ideologia da normalização que preconiza a intervenção física no corpo da pessoa com deficiência, para que suas vidas se aproximem de uma suposta normalidade, sendo abertamente combatida pelo Modelo Social.”<sup>58</sup>

Para aqueles que se alinham ao modelo, a principal intervenção deve ser feita na sociedade para garantir a participação das pessoas com deficiência que necessitam de ter seu acesso facilitado ou desimpedido.<sup>59</sup>

Os dois modelos “representam o embate iniciado em meados do século XX entre duas escolas de estudo: a americana, ligada ao modelo médico da deficiência e a europeia nascida no Reino Unido, ligada ao modelo social da deficiência.”<sup>60</sup>

Como abrangido no tópico anterior quanto ao modelo médico da deficiência, este “adota o conceito para deficiência cristalizado pela Organização Mundial de Saúde – OMS em 1976, quando da publicação da International Classification of

<sup>54</sup> SANTOS, Wederson Rufino dos. *Op. cit.*, p. 504.

<sup>55</sup> *Idem.*

<sup>56</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. *Op. cit.*, x.

<sup>57</sup> *Idem.*

<sup>58</sup> OLIVER, Michael. **Capitalism, disability and ideology**: A materialist critique of the normalization principle, 1994, p. 26.

<sup>59</sup> *Idem.*

<sup>60</sup> VIANA, Eder de Souza. **Inclusão, integração ou inserção de pessoas com deficiência: um estudo em uma organização pública e uma organização privada da cidade de Rio Branco-Acre**. Dissertação. Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2018, p, 33.

Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH”, onde se fundar na diferenciação dos três termos, deficiência, incapacidade, desvantagem”<sup>61</sup>

Já, para o modelo social, a deficiência acontece por “uma desvantagem ou restrição da atividade causada pela organização social contemporânea que exclui as pessoas com deficiência de suas principais atividades sociais.”<sup>62</sup>

Do mesmo modo, “essa definição social da deficiência argumenta que as pessoas com deficiência – atribuídas ou percebidas – independentemente de sua causa, são “tornadas” deficientes pelas falhas da sociedade em acomodar suas necessidades.”<sup>63</sup>

Para tanto, o modelo social, por desprestigiar a associação existente antes, entre saúde e deficiência, “define como independente a lesão da deficiência, criando um aparentemente contrassenso num quadro em que a deficiência independe da lesão física, mesmo sendo essa condição necessária para a manifestação da deficiência.”<sup>64</sup>

De fato, o Modelo Social da Deficiência evita menção sobre tais assuntos [relativos à saúde], não por ter sido escrito por tetraplégicos saudáveis, mas porque dor, medicação e problemas de saúde pertencem ao modelo individual de deficiência assim como ao modelo social da lesão.<sup>65</sup>

Ainda, a fim de demonstrar a importância do modelo social nos organismos internacionais de políticas em saúde, a Organização Mundial de Saúde, pode revisar o catálogo internacional de classificação da deficiência publicado em 2001, reformulando a versão de 1980 do antigo documento, que era “um modelo tripartido para compreender a deficiência: em primeiro plano estava a lesão, em segundo, a

---

<sup>61</sup> *Idem.*

<sup>62</sup> FREITAS, Maria Nivalda Carvalho de. *Op. cit.*, p. 65.

<sup>63</sup> *Idem.*

<sup>64</sup> FRANÇA, Tiago Henrique. *Op. cit.*, p. 63.

<sup>65</sup> OLIVER, Michael. **Capitalism, disability and ideology**. *Op. cit.*, p. 27.

deficiência e em terceiro, as restrições sociais frente à deficiência”,<sup>66</sup> que foi duramente criticado por mais de 20 anos, onde o eixo central de discussão da deficiência era o da lesão. Conforme discorre Diniz:

Em 2001, a OMS lançou a revisão do catálogo, onde, diferentemente da primeira versão, as comunidades de deficientes tiveram participação ativa em sua elaboração. A mudança foi drástica: não se considera mais o modelo tripartido (lesão, deficiência, restrições), mas sim princípios de funcionamento e capacidades, onde toda e qualquer dificuldade ou limitação corporal, permanente ou temporária, é passível de ser classificada como deficiência, pois o modelo, agora, baseia-se na relação corpo-sociedade.<sup>67</sup>

Deste modo, portanto, “o catálogo deixou de ser um documento de classificação das “consequências das doenças” para ser uma classificação sobre os “componentes da saúde”,<sup>68</sup> nesse momento, o entendimento da deficiência deixa de ser um fado da natureza taxado pela lesão, e assume um arranjo de características neutra ante as diversidades corporais.<sup>69</sup>

Além disso, é necessário rememorar, que o realinhamento dos conceitos fora considerado libertador para diversas pessoas com deficiência, esse distanciamento do entendimento do modelo médico em que se considerava o *déficit* físico, para um modelo social, que passou a considerar a opressão social sofrida por essas pessoas e não mais apenas a se atentar ao próprio estado físico delas, permitindo que elas não se diminuam por suas barreiras físicas, mas acertem em se movimentar lutando por seus direitos.

É claro, essa evolução não ocorreu unidimensionalmente, ainda há divergência de posturas pelas mais diversas áreas de convívio da pessoa com

---

<sup>66</sup> DINIZ, Debora. **Modelo social da deficiência**: a crítica feminista. 2003, p. 2.

<sup>67</sup> DINIZ, Debora. *Op. cit.*, p. 3.

<sup>68</sup> *Idem.*

<sup>69</sup> *Idem.*

deficiência onde, inclusive, partindo dessa heterogenia é que se tem um direcionamento para políticas públicas e demais práticas.<sup>70</sup>

A compreensão de que a deficiência deve ser “vista como parte da diversidade humana e não como um traço indesejado a ser curado ou corrigido”<sup>71</sup>, convalida que a “incapacidade de transcender o imperativo do corpo e perceber a deficiência como um desvio social, é um desafio para a apropriação desse objeto e o do arcabouço teórico sobre ele desenvolvido.”<sup>72</sup>

Como demonstra França, o modelo social a deficiência tem papel fundamental na sociedade e no estudo desta, complementa:

Por seu turno, no âmbito acadêmico, o Modelo Social da Deficiência pode ser tido como inovador e pouco conhecido. Como objeto sociológico, a deficiência tem potencial para fomentar importantes debates e revelar os meios pelos quais o princípio normalizador permeia a sociedade, portanto possui grande potencial analítico. A manutenção do distanciamento sociológico sobre a questão contribui para a permanência da deficiência como um assunto restrito aos especialistas, com ênfase às ciências da saúde, o que colabora para invisibilidade e naturalização da opressão vivida pela pessoa com deficiência.<sup>73</sup>

Assim sendo, a compreensão quanto aos modelos de deficiência que tiveram sua evolução ao longo do caminho, são imprescindíveis para o entendimento do que contexto atual que se encontra a narrativa.

Há, de fato, um longo caminho a ser dedicado em conter a diferenciação do normal e do patológico, a segregação por mera distinção física, contudo, socialmente falando, nunca se esteve tão próximo de romper com essas barreiras.

Em suma, o modelo a ser superado transcende a mera abordagem médica, a institucionalização e a medicalização, concentrando-se no apoio social que reconhece

---

<sup>70</sup> DA SILVA, Otto Marques. *Op. cit.*, p. 29.

<sup>71</sup> GILSON, Stephen French; DEPOY, Elizabeth. Multiculturalism and disability: A critical perspective. **Disability & Society**, v. 15, n. 2, p. 207-218, 2000, p. 209.

<sup>72</sup> FRANÇA, Tiago Henrique. *Op. cit.*, p. 63.

<sup>73</sup> *Idem.*

a responsabilidade coletiva em promover o cuidado. Somente assim, será possível honrar os compromissos assumidos pela nação.

Nas palavras de Oliver, fica evidente que todas as pessoas com deficiência vivenciam a deficiência como uma “restrição social, independentemente de serem causadas por ambientes inacessíveis, conceitos questionáveis de inteligência e competência social ou pela falta de habilidade da população em geral em utilizar a linguagem de sinais”.<sup>74</sup>

Essas lições ressaltam a relevância de uma abordagem socialmente inclusiva para superar as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência, levantando questionamentos sobre o modelo ideal de políticas públicas para promover e assegurar a dignidade humana desses indivíduos.

É fundamental refletir sobre como construir um sistema que vá além da simples inclusão superficial, mas que verdadeiramente reconheça e respeite as necessidades, capacidades e potenciais das pessoas com deficiência, garantindo-lhes igualdade de oportunidades, acesso pleno aos direitos e participação ativa na sociedade. Somente por meio de uma abordagem abrangente e comprometida com a inclusão, poderemos alcançar uma sociedade mais justa e igualitária para todos.

### **1.3.DA REFORMA PSIQUIATRICA ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS EXISTENTES DE REDIRECIONAMENTO AO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL**

No famoso período conhecido como cinquenta anos em cinco, no governo de Juscelino Kubitschek, no mesmo tempo que o cenário econômico-social do país calhava em períodos de altas e baixas, a população paciente da psiquiatria ficava

---

<sup>74</sup> OLIVER, Michael. **Politics of disablement**. Macmillan International Higher Education, 1990. p. 261.

cada vez mais em “alta”, em 1950, a população internada em todo o país era de 24.234; em 1955, passou a 34.550 e, em 1960, chegava aos 49.173 pacientes.<sup>75</sup>

Esse aumento, sem precedentes, teve seu destaque por três diferentes motivos, crescimento populacional, a má distribuição da renda e - talvez o mais importante, novos princípios que embasavam conhecimento psiquiátrico, qual sejam, o da psiquiatria comunitária ou preventiva que vê em tudo e a todos como grupo de risco, presumidos doentes.<sup>76</sup>

Neste contexto, ocorreu a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual foram tomadas decisões relevantes para o campo da saúde e feitas várias recomendações para a Assembleia Constituinte, que ocorreria em 1987.<sup>77</sup>

Essa conferência foi marcada pela participação ativa de setores da saúde, que buscaram debater e propor diretrizes que refletissem as necessidades e demandas da população, visando uma política de saúde mais inclusiva e abrangente. As deliberações e recomendações desse evento tiveram um impacto significativo no processo de formulação da Constituição Brasileira de 1988, influenciando as diretrizes e princípios que foram estabelecidos para o sistema de saúde no país.<sup>78</sup>

O que se pode perceber, é que seja pela forte influência dos movimentos políticos pelo mundo ou pelo capitalismo desenfreado que traçou rumos no desenvolvimento do país, o crescimento exponencial acelerou a necessidade de dar conta da pauta doença mental, assim, ante a “inexistência de políticas públicas de repressão ao indigno tratamento dado às vítimas dos hospícios, revelando a dimensão

---

<sup>75</sup> CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental. In: **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. 1984. p. 305-306.

<sup>76</sup> SANTOS, Nelson Afonso Garcia, *Op. cit.*, p. 48.

<sup>77</sup> SANTOS, Nelson Afonso Garcia. **Do hospício à comunidade**. *Op. cit.*, p. 59

<sup>78</sup> *Idem*.

do problema que envolve as normas que regulamentam o tratamento manicomial no Brasil”.<sup>79</sup>

Na proposta de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, surgiu a demanda e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de separar de forma integral a área da saúde do âmbito previdenciário. Além disso, foi pleiteada uma reforma sanitária, buscando aprimorar o sistema de saúde de forma abrangente,<sup>80</sup> nesse momento, ficou estabelecido que a partir daquele ponto o setor privado estaria subordinado as diretrizes de ações estatais através do SUS, ficando este com papel de conduzir a política de saúde, intermediando a relação público/privada.<sup>81</sup>

Posteriormente a realização da 8ª Conferência, a saúde se realoca no contexto histórico da sociedade, no momento de seu desenvolvimento, para aqueles que participaram da conferência, o direito à saúde requeria ações por parte do Estado, a fim de garantir oportunidades de dignidade quanto a vida.<sup>82</sup>

Então, “em junho de 1987, como incremento da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que ocorreu do Rio de Janeiro a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), reafirmando em seu relatório “as teses do Movimento Sanitário, introduzindo a especificidade da saúde mental no contexto de suas diretrizes e princípios, apontando para a constituição de um SUS, com garantia da participação popular”.<sup>83</sup>

Participação popular, inaugurada pela Constituição da República de 1988, tangendo ao direito fundamental no direito brasileiro, sendo o hodierno “paradigma no cenário nacional, trouxe dispositivos que permitem solidificar a participação da população na esfera da Administração Pública, desde a participação na gestão

---

<sup>79</sup> DE ANDRADE, Mariana Dionísio. *Op. cit.*, p. 1233.

<sup>80</sup> *Idem.*

<sup>81</sup> *Idem.*

<sup>82</sup> SANTOS, Nelson Afonso Garcia. *Op. cit.* p. 58.

<sup>83</sup> *Idem.*

administrativa, assegurando, também, a participação popular na tomada de decisões políticas”.<sup>84</sup>

Envolvimento extremamente necessário, uma vez que os diferentes interesses sociais, das diversas classes, surgem a cada tempo com demandas urgentes e anseios que precisam de solução.

O povo, avalia a participação como artifício eficaz na luta pela construção de um sistema de direitos fundamentais, pois, a luta pela atuação social, submerge em si, um processo participativo.<sup>85</sup>

No que tange o aparato assistencial, foram consagrados os princípios já conhecidos no Movimento sanitário, qual seja, um modelo diferente do hospitalocêntrico, tendo precedência o modo extra-hospitalar, não obstante, ficou suggestionado naquele momento, a necessidade de inclusão no texto constitucional, que fossem efetuadas reestruturações na legislação ordinária, no campo da saúde mental.<sup>86</sup>

Naquela ocasião a conferência visou resgatar a cidadania, à dignidade dos considerados doentes mentais, promoveu o repensar de modo a oportunizar uma revisão no modelo que ainda estava sob a égide do que fora legislado em 1934, onde a partir de então, mais precisamente de 1987, que se pode visualizar uma crescente presença de ambulatorios afim de cuidar da saúde mental, diferentes manejos de políticas públicas, reestruturação público/privada, corroborando com o destaque jamais visto na história do Brasil, através da crescente discussão do Projeto de Lei 3.657/1989, (Projeto Paulo Delgado), que onze anos mais tarde, instituiu um novo modelo no tratamento ao transtorno mental, como sabido.

---

<sup>84</sup> MELO, Juliane Andrea de Mendes Hey; SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. O direito à participação popular como expressão do Estado Social e Democrático de Direito. **A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 17, n. 69, p. 127-147, 2017, p. 128.

<sup>85</sup> MELO, Juliane Andrea de Mendes Hey; SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. Op. cit. p. 129.

<sup>86</sup> SANTOS, Nelson Afonso Garcia. Op. cit. p. 58.

Ou seja, desde a década de 90 até a atualidade “surgiram decretos e leis para normatizar a assistência às pessoas portadoras de transtorno mental. A criação destes aparatos legais foi influenciada pelo contexto histórico, social e político de cada período”,<sup>87</sup> e definitivamente trouxeram mais amparos legais e sociais para saúde mental do que em qualquer outro momento.

Observar o desenvolvimento das políticas de saúde mental, em meio às mudanças ocorridas no modelo assistencial de saúde mental no país, possibilita compreender a sua atual organização e o caminho percorrido, além de rememorar os movimentos sanitários que fizeram papel fundamental para uma evolução no trato da psique e as bases apoiadoras para Reforma Psiquiátrica no Brasil acontecer.

Conforme argumenta Sarlet, não há como se atestar o expressivo princípio basilar da dignidade sem que haja limitação e garantia de liberdade:

O que se percebe, em última análise, é que onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde não houver limitação do poder, enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade (em direitos e dignidade) e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana e está (a pessoa), por sua vez, poderá não passar de mero objeto de arbítrios e injustiças.<sup>88</sup>

A envergadura para que de fato aconteça essa reestruturação, essa mudança, necessita de um diálogo entre as mais diversas competências, como Andrade argumenta:

Compete ao Poder Judiciário, aos órgãos competentes da Administração Pública, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e profissionais habilitados, a condução coordenada de ações em prol da defesa de direitos elementares ao indivíduo,

---

<sup>87</sup> GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. *Op. cit.*, p. 283.

<sup>88</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**, *Op. cit.*, p. 125.

mas que, apesar da previsão de envergadura constitucional, carecem de alcance generalizante e, em termos práticos, de efetividade.<sup>89</sup>

Nesse sentido, Barbara Brasil complementa:

Ao reconhecer que a ofensa a direitos fundamentais pode provir não apenas do Estado, mas de múltiplos atores, admite-se que os cidadãos e os direitos fundamentais de que são titulares devem ser protegidos não apenas contra as ofensas estatais, mas, sobretudo, das perpetradas pelos poderes sociais. À medida em que o processo de socialização nas sociedades contemporâneas veio demonstrar não se estar presente a sociedade de homens iguais que o liberalismo pretendeu criar, revelou-se a necessidade de estender a proteção dos direitos individuais às relações de direito privado.<sup>90</sup>

Nesse bojo, trata-se de um compromisso conjunto de instituições, que deve primar pela diligência e resolutividade de questões urgentes, tornando-se inadmissível conceber um estado de coisas em que direitos humanos deixam de ser cumpridos e a Constituição, por conseguinte, vilipendiada.<sup>91</sup>

Essa capa de nobreza nem sempre é ajustada com os esforços e empenhos de cada Estado a fim de cumprir com a legislação internacional, puramente porque a legislação seria um simulacro do que deve ser, e não do que é.

Em termos práticos, a concretização dos direitos humanos e fundamentais se deu por meio de um processo colaborativo, em que todos os envolvidos cooperaram para a plena execução da justiça, agindo em conjunto para alcançar um objetivo comum. Essa abordagem enfatiza a importância da cooperação e da participação ativa de todos os sujeitos envolvidos no processo, visando assegurar a plena efetivação dos direitos, promovendo igualdade, justiça e respeito à dignidade humana.

No que se refere as políticas públicas existentes de redirecionamento ao modelo assistencial em saúde mental, resta compreendido que o modelo

---

<sup>89</sup> DE ANDRADE, Mariana Dionísio. *Op. cit.*, p. 1234.

<sup>90</sup> BRASIL, Bárbara Dayana. Direitos Humanos e Investimento estrangeiro: **perspectiva para interação**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019, p. 315.

<sup>91</sup> *Idem*.

hospitalocêntrico não suportou atender as demandas, nem mesmo aquelas para que fora criado, culminando apenas em mais segregação e completo descompasso, frente a isso surgiram as ideias de avanço, sendo objetivadas após anos, que desde a segunda metade do século XX, “a desinstitucionalização teve uma conotação muito mais ampla do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade,”<sup>92</sup> teve um papel mais fundamental do que se conseguia vislumbrar.

Nesse diapasão, as políticas públicas em saúde mental no Brasil, precisavam da atuação necessária municipal, estadual e federal, ainda ficava à mercê de inovações a fim de dispor para a sociedade (em especial ao grupo mais afetado por isso), amparos que promovessem algum tipo de desenvolvimento e inclusão.

Ocorre que, sendo objetivo geral da Organização Mundial de Saúde, destacado em seu relatório de 2021, quanto a Saúde Mental do Mundo, o objetivo a ser traçado era atingir o objetivo da desinstitucionalização, visando esta transformação ser realizada no mundo como o todo que é.

O Estado brasileiro tenta desde então praticar políticas públicas “decorrentes da teoria norte-americana sobre o conceito de ações afirmativas ou discriminações reversas, ou seja, adoção de meios para se promover a redução de desigualdades por intermédio da construção de um patamar mínimo de igualdade material”.<sup>93</sup>

Nesse sentido, ações estatais voltadas para a igualdade material são justificadas, uma vez que visam proporcionar aos indivíduos oportunidades e condições iguais de desenvolvimento, superando as barreiras socioeconômicas e históricas que existem no país.

Isso inclui, políticas públicas de redistribuição de renda, programas de inclusão social, ações afirmativas, entre outras medidas visando assegurar que todos tenham acesso aos serviços básicos e aos meios necessários para o

---

<sup>92</sup> HIRDES, Alice. *Op. cit.*, 300.

<sup>93</sup> DE ANDRADE, Mariana Dionísio. *Op. cit.*, 1233.

desenvolvimento, não se limitando, claro, o princípio da igualdade material, apenas ao Estado, mas também envolvendo a sociedade como um todo.

Assim, são as ações afirmativas, medidas adotadas pelo Estado com o objetivo de corrigir as desigualdades históricas e promover a integração social de grupos que foram marginalizados e discriminados ao longo do tempo. Onde, no Brasil, as ações afirmativas foram criadas com o intuito de promover a inclusão de grupos minoritários, entre eles, as pessoas com deficiência, em diversos setores da sociedade, principalmente na educação e no mercado de trabalho.<sup>94</sup>

Considerando, portanto, que essa gama de sujeitos de direitos possui diversos aparatos legais que podem ser utilizados para a melhora da qualidade de vida, há necessidade de compreensão social de que a loucura não consegue ser prevenida.

Nesse ponto, etimologicamente, não há como “chegar antes” para fazer com que determinada pessoa não a possua, a premissa de “retirar” a loucura de determinada pessoa, findou, é chegado o momento desses sujeitos terem considerados outra dimensão de sua existência, momento constituinte de uma atenção psicossocial, indubitavelmente, desejada por muitos anos ao longo da história.

Para consolidar as diversas conquistas e avanços ao longo dos anos, o desenvolvimento de políticas públicas a fim de mitigar dano e sofrimento que esse grupo de pessoas tende a ser coagido, se faz necessária o acionamento da esfera de realização do possível.

Então, para que o preconizado pela própria OMS, em relação ao mundo quanto ao compromisso de zelar pela saúde, bem como, compromisso assumido pelo Estado brasileiro quanto agir em âmbito interno ante as balizas ratificadas pelos diversos diplomas legais, necessário e honesto é entregar à doença mental sua devida

---

<sup>94</sup> GOMES, Joaquim Benedito Barbosa; SILVA, Fernanda Duarte Lopes Lucas da. As ações afirmativas e os processos de promoção da igualdade efetiva. **Cadernos do CEJ**, v. 24, p. 86-123, 2001, p. 89.

relevância, indo ao encontro dos ditames ensejados na Constituição Federal e sua cláusula de abertura.

A fim de promover o que se deve, “para que o Estado possa influenciar a atuação da Sociedade Civil é elaborada uma série de mecanismos jurídicos para que sua atuação ocorra a contento”,<sup>95</sup> que nesse sentido utilizam da promoção de políticas públicas como instrumento, onde as políticas públicas devem ir muito além do que o senso comum, das conjecturas populares, posto que as políticas públicas “não se reduzem à implantação de serviços, pois englobam projetos de natureza ético-política e compreendem níveis diversos de relações entre o estado e a sociedade civil na sua constituição”.<sup>96</sup>

Nesse contexto, é fundamental examinar as políticas públicas e avaliar o estágio atual de desenvolvimento das ações estatais voltadas para a efetivação dos Direitos Fundamentais sociais, econômicos e culturais. Essa análise visa implementar as transformações trazidas pelos movimentos revolucionários, reconhecendo que cada indivíduo que compõe essa sociedade deve ser considerado como parte integrante do todo e deve ser valorizado como um sujeito ativo na busca pelo conhecimento e na realização de pesquisas.<sup>97</sup>

Essa abordagem ampla e inclusiva permite a construção de um ambiente propício para o desenvolvimento de novas perspectivas e reconhecimentos, promovendo a igualdade, a justiça e a plena realização dos direitos de todos os cidadãos.

---

<sup>95</sup> BREUS, Thiago Lima. Políticas públicas no estado constitucional: problemática da concretização dos direitos fundamentais pela Administração Pública brasileira contemporânea. **Belo Horizonte: Fórum**, 2007. p. 179.

<sup>96</sup> SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista do direito**, n. 56, p. 119-149, 2018, p. 122.

<sup>97</sup> *Ibidem*, p. 211.

Assim sendo, de acordo com Dowbor, mesmo diante de uma coletividade difusa unida por interesses comuns, é imprescindível uma condução eficaz dessas legitimidades almejadas.

o interesse fortíssimo, mas difuso, da população não se transforma em ação concreta, a não ser que as pessoas interessadas numa questão determinada tenham alguém que as represente, faça as pesquisas correspondentes, divulgue a problemática na mídia, saiba fazer uma interpelação jurídica. Assim, a flexibilidade de criação de entidades que nos ajudem a organizar interesses que são difusos, mas essenciais, tornou-se vital para o funcionamento da sociedade.<sup>98</sup>

Com isso, a sociedade ganha respaldo para adequado desenvolvimento de políticas públicas, a fim de preencher a existente lacuna, servindo como forma de apoio a um cenário de adversidade, a pauta, significando dizer que se deve introduzir antes de mais nada a saúde mental e a resolutividade desse plexo entre loucura e discriminação em pauta, para se tornar um problema político.<sup>99</sup>

Nesse sentido, tem-se “de maneira positivada, a exemplo dos artigos 196 e 216-A, da Constituição Federal de 1988, que cabe ao Estado a criação de Políticas Públicas como meio de se garantir a efetividade dos direitos fundamentais elencados na Constituição”,<sup>100</sup> por isso, a necessidade de transformação da lacuna em um problema.

Desenvolvida, de tal sorte, “é possível perceber que para cada política implementada, uma série de ações institucionais devem ser arquitetadas para atingir uma finalidade específica, abrangendo uma comunidade determinada e um problema social pontual,”<sup>101</sup> como no caso da necessidade de incorporação das premissas feitas em garantia ao desenvolvimento da saúde mental, que necessita de seu argumento

---

<sup>98</sup> DOWBOR, Ladislau. Democracia econômica: alternativas de gestão social. **Petrópolis: Vozes**, 2008, p. 192.

<sup>99</sup> SCHMIDT, João Pedro. *Op. cit.*, p. 123.

<sup>100</sup> SCHIER, Adriana da Costa Ricardo; TORRES, Fernando de Oliveira. A democracia procedimental deliberativa e a implementação de políticas públicas mais igualitárias. **Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas**, v. 36, n. 1, 2020, p. 43.

<sup>101</sup> DE ANDRADE, Mariana Dionísio. *Op. cit.*, 1235.

influyente, a fim de compartilhar agenda com outras tantas desenvolvidas em caráter prestacional de efetivação dos direitos sociais.

Além de ter de incluir o problema político nas discussões, a fim de refletir um parecer pré-existente social para dirimir a arbitrariedade do que está sendo decidido e devidamente posto em prática, é preciso compreender a robustez de tamanha medida. Não deve haver possibilidade para chegada a hora, a argumentação ser vazia, mal fundamentada, quiçá, rasa. É preciso saber onde se quer chegar quanto à pauta que se levanta, por vezes, é “por conta da eleição de Políticas Públicas duvidosas – ou pela ausência delas, que os direitos fundamentais sociais são comumente ignorados”.<sup>102</sup>

É fato que, quando se trata do diálogo sobre assistência em saúde mental no âmbito público, mesmo com um grande número de pessoas envolvidas, essa parte da população ainda carece de apoio adequado, resultando em desigualdades significativas. A demanda por serviços de saúde mental é elevada, porém, as políticas públicas implementadas para sua efetivação ainda apresentam desafios em termos de efetividade. Isso é preocupante, considerando que o acesso à saúde mental é reconhecido como um dever em nível mundial.

E inevitavelmente, para que essa reivindicação seja acolhida, discutida e resulte em soluções efetivas, é necessária uma estruturação que envolva ajustes e colaboração entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção à Saúde, o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e o Governo Federal.<sup>103</sup>

Essa colaboração visa incluir as propostas na agenda governamental e avaliar as possibilidades de tomada de decisões políticas. No entanto, muitas vezes, mesmo com todo o esforço e dedicação daqueles que buscam melhorias, o desfecho alcançado acaba sendo contraditório ao objetivo inicial, devido à falta de conhecimento adequado e à tomada de decisões que se opõem à intenção inicial.

---

<sup>102</sup> SCHIER, Adriana da Costa Ricardo; TORRES, Fernando de Oliveira. *Op. cit.*, p. 44.

<sup>103</sup> DE ANDRADE, Mariana Dionísio. *Op. cit.*, 1227.

Nessa medida, “é preciso de uma rede onde os componentes, mesmo independentes, são indispensáveis, contribuindo interligadamente para a ação conjunta, no mote do bem-estar da pessoa com sofrimento mental”,<sup>104</sup> no entanto, quando há uma falta dessa contribuição, o desenvolvimento não se desenrola conforme o propósito pretendido, resultando, por vezes, em uma situação em que se passa “muito longe das reais expectativas das camadas mais necessitadas da população, portanto, é natural que, ao final, essas políticas cheguem a destoar, de significativamente, das demandas populares.”<sup>105</sup>

Assim, com intuito de cumprir essa agenda, delineando o problema político, se faz necessário “a realização de um recorte epistemológico específico, com definição de público atendido, resultados esperados e principais direitos a serem resgatados, além de definição e delimitação de custos, bem como determinações estratégicas e planejamento, <sup>106</sup> para haver efetividade das políticas.

Ocorre que, esse recorte precisa de atividade, de voz que fica subjugada e por vezes deseja seguir calada, resultando em “uma inolvidável carência quanto à elaboração de políticas públicas voltadas às pessoas portadoras de debilidade mental, cuja descrição possui previsão constitucional e civil, mas cuja incapacidade condiciona a manifestação de opinião e limita a expressão de vontades íntimas”. <sup>107</sup>

Nesse sentido, Mariana Dionísio de Andrade, considera:

Trata-se de um público de considerável abrangência numérica, mas que, em contrapartida possui uma assistência ainda insuficiente para a demanda, o que caracteriza uma perspectiva desproporcional entre a profusão de necessidades e o que é promovido em termos de políticas públicas direcionadas, principalmente na construção de rede de serviços de pequena

---

<sup>104</sup> DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. *Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. Sequência (Florianópolis)*, p. 197-220, 2017, p. 191.

<sup>105</sup> SCHIER, Adriana da Costa Ricardo; TORRES, Fernando de Oliveira. *Op. cit.*, p. 44.

<sup>106</sup> DE ANDRADE, Mariana Dionísio. *Op. cit.*, 1227.

<sup>107</sup> *Idem.*

e média complexidade para atendimento psicossocial. Essa construção depende da articulação de ações entre Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Governo Federal, para inclusão das propostas na agenda governamental e avaliação das possibilidades para a decisão, política<sup>108</sup>

Assim, a Constituição Federal de 1988 abriu espaço para a participação da sociedade na resolução de questões públicas, permitindo a inclusão de novos atores sociais no processo de elaboração e implementação de políticas públicas. Essa abertura democrática surgiu como uma alternativa viável para enfrentar a crise enfrentada pelo Estado, buscando uma divisão justa dos custos, sejam eles positivos ou negativos. É importante ressaltar que, em sociedades diversas, o poder público tende a adotar medidas que beneficiam alguns setores em detrimento de outros, e as decisões públicas frequentemente favorecem diferentes grupos sociais de maneira desigual.<sup>109</sup>

Isto posto, “não há como negar que todos os direitos fundamentais podem implicar “um custo”, de tal sorte que esta circunstância não se limita aos direitos sociais de cunho prestacional”<sup>110</sup>, porém, quando se fala da efetividade desses direitos sociais, esse custo assume papel imponente se justificando pelo retorno que enseja na sociedade, assim exemplifica SARLET:

No que diz com os direitos sociais a prestações, seu “custo” assume especial relevância no âmbito de sua eficácia e efetivação, significando, pelo menos para grande parte da doutrina, que a efetiva realização das prestações reclamadas não é possível sem que se aloque algum recurso, dependendo, em última análise, da conjuntura econômica, já que aqui está em causa a possibilidade de os órgãos jurisdicionais imporem ao poder público a satisfação das prestações reclamadas.<sup>111</sup>

---

<sup>108</sup> *Idem.*

<sup>109</sup> SCHMIDT, João Pedro. *Op. cit.*, 124

<sup>110</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. Os Direitos Sociais como Direitos Fundamentais: contributo para um balanço aos vinte anos da Constituição Federal de 1988. **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, v. 20, p. 163-206, 1988, p. 187.

<sup>111</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. *Op. cit.*, p. 124.

Ante essa necessidade e relevância de políticas públicas existentes em prol desse grupo difuso, a Reforma Psiquiátrica – Lei 10.216/2001, veio como refúgio, assentando a necessidade da extinção paulatina dos manicômios, tendo o Estado o dever legal de encontrar meios assistenciais diversos deste, superando o arquétipo hospitalocêntrico até aquele momento empregado, vestindo a roupagem que serve aos conceitos constitucionalmente trazidos ao aparato estatal.

Desta forma, discorrer sobre o tema das políticas públicas que foram positivas, como meio de substituição ao tratamento, que era ofertado às pessoas com transtorno mental antes da entrada em vigor da Lei 10.126/2001 e dos objetivos ratificados pelo Brasil após a assinatura e ratificação da Convenção dos direitos da pessoa com deficiência, teve como consequência no plano interno a legislação hoje conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei 13.146/2015, destinada a assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e de cidadania, conforme preceituado em seu artigo 1º, figurando como a base ao social que deve existir para a saúde mental, em conjunto com portarias, decretos, leis originárias e claro todo aparato internacional em direitos humanos.

A Lei Brasileira de Inclusão a Pessoa com Deficiência, estabeleceu os parâmetros que a fizeram existir, pormenorizando em seu art. 1º, parágrafo único, quanto a seu esteio existencial, assegurando que os ditames ali considerados vão ao encontro da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo ratificados pelo Congresso Nacional consoante com o previsto no §3º do artigo 5º da Constituição Federal.<sup>112</sup>

Ocorre que, deste a entrada em vigor da Lei 13.146/2015, não há outra alternativa para o poder público, a não ser, o mais que nunca, fazer cumprir a Constituição e as leis ordinárias que passaram a discorrer quanto saúde mental, devendo garantir a preservação dos direitos fundamentais para esse grupo de pessoas frente ao compromisso legal assumido em âmbito (inter)nacionalmente.

---

<sup>112</sup> BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. n.p.

Em suma, se pode justo utilizar-se das brilhantes palavras de Paulo Ricardo Schier, onde diz que o “Estado legitima-se e justifica-se a partir dos direitos fundamentais e não estes a partir daquele. O Estado gira em torno do núcleo gravitacional dos direitos fundamentais,”<sup>113</sup> e não ao contrário.

Nesse fluxo, Daniel Hachem Wunder ensina:

A partir desses elementos, a tese defendida é a de que a Constituição Federal do 1988 confere ao cidadão o direito fundamental à tutela administrativa efetiva, o qual: impõe à Administração Pública o dever prioritário de criar condições materiais e jurídicas para satisfazer os direitos fundamentais sociais em sua integralidade, para além do mínimo existencial, ainda que para tanto seja necessária sua atuação *praeter legem* ou *contra legem* para não incorrer em omissões inconstitucionais que obstem o desenvolvimento social; e, obriga-a a atender de forma igualitária a todos os titulares de idênticas posições subjetivas jus fundamentais, adotando de ofício medidas aptas a universalizar prestações concedidas individualmente por requerimentos administrativos ou condenações judiciais, sob pena de responsabilização estatal objetiva individual ou coletiva, a depender da natureza da pretensão jurídica em questão.<sup>114</sup>

Em consonância ao desenvolvimento social, a Lei Antimanicomial surgiu, diante dessa realidade paralela complexa, um sistema precisa ser gerenciado, governado, nesse sentido Berlinck, Magtaz e Teixeira, contribuem:

A Reforma Psiquiátrica Brasileira realiza então, por meio de uma complexa e sistemática política pública (Public Policy), consubstanciada em leis e portarias ministeriais, leis estaduais e municipais, uma ampla modificação no atendimento ao usuário: redireciona o modelo da assistência psiquiátrica; regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos, e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária ou desnecessária; impulsiona a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio-reabilitação psicossocial e inclusão em programas extrahospitalares de atenção; inclui assistência de saúde mental para os detentos do sistema

---

<sup>113</sup> SCHIER, Paulo Ricardo. Ensaio sobre a supremacia do interesse público sobre o privado e o regime jurídico dos direitos fundamentais. **A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 4, n. 17, p. 87-105, 2007, p. 164.

<sup>114</sup> HACHEM, Daniel Wunder. Tutela administrativa efetiva dos direitos fundamentais sociais: por uma implementação espontânea, integral e igualitária. **Espaço Jurídico Journal of Law [EJL]**, v. 15, n. 1, p. 253-256, 2014. p. 254.

penitenciário, possibilitando o pensamento sobre um novo modo de tratar com a questão dos manicômios judiciários; dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica e assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental etc.<sup>115</sup>

Pois bem, como se observa até aqui, a realidade é que a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi um movimento sociopolítico no setor da saúde pública que, do enfoque das políticas públicas, que se materializou na legislação em saúde mental estreada nos anos 90, com a Declaração de Caracas, aprovada pelo reconhecimento na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nos Sistemas Locais de Saúde.

Nasceu nesse contexto, uma intensa organização de coordenadores estaduais e municipais, envolvidos com a concepção de “condições técnicas e políticas que garantam o direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde, através de dispositivos sanitários e sócio-culturais que integram várias dimensões da vida do indivíduo.”<sup>116</sup>

Ensejou parâmetros para o desenvolvimento, onde a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006, atuou na diretriz da intersetorialidade, definindo moldes a fim de resguarda essa promoção da saúde, onde converge no sentido de estabelecer o acesso, garantindo o avanço, conforme disposto introdutoriamente em seu diploma:

A promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de

---

<sup>115</sup> BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, v. 11, p. 21-28, 2008, p.24.

<sup>116</sup> DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; GOMES, Maria Paula Cerqueira; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 452-453, 2001. p. 452.

compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.<sup>117</sup>

Naquele momento, onde o avanço era tímido em relação aos fazeres de instituir no plano prático o novo modelo que se pretendido, tivera como bom exemplo, o ocorrido na cidade do Rio de Janeiro, onde fora criado, em março de 1999, a Política de Saúde Mental/RJ, tendo “como principal diretriz de ação a reorientação do modelo assistencial hospitalocêntrico, criando uma rede de serviços de pequena e média complexidade para atendimento psicossocial no território”,<sup>118</sup> importantíssima para a efetividade das conquistas pela abolição dos manicômios.

Consequentemente, a política pátria em saúde mental, no âmbito das possibilidades e limites do SUS, sustenta as provocações, hostilidades e as angústias que balizaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que conferiu a “transformação de práticas, saberes, valores sociais e culturais, através da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, a luta contra as desigualdades sociais e com os mecanismos de exclusão social”.<sup>119</sup>

Fato é, a metodologia decisória de políticas públicas exhibe predicados vasto, que uma vez superado o modo usual que vinha direcionando no modelo político brasileiro, que por vezes não garantiam o proveito desejado em relação às políticas públicas, reorganizou a estrutura onde através do apoio do campo das pesquisas, ensejando alguma eficácia até então não reconhecida, pois o campo da pesquisa entregou o que não havia, consagrando através de sólidos dados empíricos, inquirição

---

<sup>117</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687/MS/GM, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2006. p. 15.

<sup>118</sup> DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; GOMES, Maria Paula Cerqueira; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. *Op. cit.*, p. 452.

<sup>119</sup> CAÇAPAVA, Juliana Reale; COLVERO, Luciana de Almeida; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 446-455, 2009, p. 449.

pertinente nos campos específicos, desviando-se dos campos genéricos que não levavam a nada, tantas outras investigações tidas.<sup>120</sup>

Novas variáveis foram acrescentadas às análises, a exemplo do comportamento dos parlamentares diante das regras que regem o processo decisório e dos interesses em disputa. Regras que afetam as estratégias e o poder de decisão dos atores políticos.<sup>121</sup>

Assim, ante o amparo conferido na Constituição Federal, o “Estado, espaço político por excelência, haverá de ser compreendido como uma espécie de ossatura institucional desenhada pelo Constituinte para satisfazer os princípios, objetivos e direitos fundamentais através da atuação do Legislativo<sup>122</sup>”, que assegura dessa maneira ao Executivo, “o processo decisório, utilizando seu poder de agenda e a estratégia da patronagem na aprovação dos projetos legislativos que atendam seus interesses”,<sup>123</sup> para a promoção de políticas públicas que reflitam e materializem os anseios deliberados.

Em regra, esse é o caminho constitucionalmente desejado, contudo, o que se observou no decorrer dos anos de 1989 a 2001, fora que o rigor da Constituição não logrou êxito, onde após o conhecido longo período de tramitação do projeto de lei Paulo Delgado no Congresso Nacional, deu margem para uma atuação um pouco distinta, posto que naquela oportunidade o Executivo, a fim de materializar o que deveria ser feito (mesmo que sem respeitar o princípio da separação dos poderes), expediu atos regulamentares como produção política, onde se materializaram nas

---

<sup>120</sup> ALMEIDA JÚNIOR, João Cauby de. Arenas de produção de políticas públicas: a nova política nacional de saúde mental. **Revista Direito GV**, v. 9, p. 659-680, 2013. p. 275

<sup>121</sup> *Idem*.

<sup>122</sup> CLÈVE, Clèmerson Merlin. A Eficácia dos Direitos Fundamentais Sociais. In: BACELLAR FILHO, Romeu Felipe; GABARDO, Emerson; HACHEM, Daniel Wunder (Coords.). Globalização, Direitos Fundamentais e Direito Administrativo: Novas Perspectivas para o Desenvolvimento Econômico e Socioambiental. **Belo Horizonte: Fórum**, 2011. p. 99.

<sup>123</sup> *Ibidem*, p. 276.

diversas portarias normativas existentes no Ministério da Saúde no período, quem, inclusive, instituíram a Política Nacional de Saúde Mental.<sup>124</sup>

Em suma, o processo estruturante para o fim definitivo dos hospícios, carregou essas variáveis importante de serem destacadas, a fim de proporcionar o completo entendimento de que se quer o Estado estava naquela oportunidade preparado para entregar a população aquilo que a Constituição Federal ansiava. Muito se falou em reestruturação do modelo, de compreensão da patologia diversa da pessoa do internado, da forma como a sociedade precisará readequar o comportamento inclusivo em relação a essas pessoas, mas mascarado estava o preceito fundamental daquela situação, a ordem econômica não lucrava com a abolição de nada disso.

Evidente, que se tratava de um modelo complexo social, mas que nunca “o hospício, ou manicômio, caminha inevitavelmente para o fim devido a seu caráter arcaico de instituição fundada há mais de 300 anos para responder a outras demandas sociais<sup>125</sup>”, mas como conforme expressa o Alienista Paulo Amarante, “sua persistência esteve muito mais relacionada ao fator econômico do que ao valor terapêutico ou social”.<sup>126</sup>

Assim, estreitado o modelo antimanicomial, a saúde mental precisara de atenção, os atos regulatórios e mais tarde a Política de Saúde Mental ordenou como tinha que ser, naquele momento “em que pesem todos os problemas e limitações, é no SUS que ainda podemos, não apenas médicos, mas todos os profissionais do setor, realizar as possibilidades reais da saúde em nosso país”,<sup>127</sup> por isso, o “dispositivo estratégico mais eficiente de substituição do hospital psiquiátrico são os

---

<sup>124</sup> ALMEIDA JÚNIOR, João Cauby de. *Op. cit.*, p. 276

<sup>125</sup> AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. *Op. cit.*, p. 35

<sup>126</sup> *Idem.*

<sup>127</sup> *Idem.* p. 35.

Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), também chamados de Serviços Comunitários de Saúde Mental”.<sup>128</sup>

A força real e promitente do SUS, está muito por ele ser o mais democrático e inclusivo sistema de saúde pública do mundo, que inclusive a respeito de sua hegemonia, podemos citar a importantíssima Portaria Interministerial n. 628, de 2 de abril de 2002, que estabelece o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, definindo estruturas de expansão do amparo em saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS) aos detentos do sistema penitenciário, incluindo-se saúde mental, que sobremaneira, seriam hostilizados e marginalizados, se não seu alicerce democratizador.

Em outras palavras, há um esforço em direção à implantação de uma política de saúde mental que, de fato, promova mudanças no uso e na gestão dos recursos e potencialidades. A Reforma formula, cria condições e institui novas práticas terapêuticas visando a inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura. O sucesso da Reforma depende, portanto, de novas formas de clinicar e praticar o tratamento, e supõe que o trabalhador em saúde mental esteja preparado para realizar essas atividades. Sabe-se, entretanto, que entre o código e a prática há uma distância que nem sempre se revela nos relatórios oficiais encaminhados, periódica e sistematicamente, ao Ministério da Saúde.<sup>129</sup>

A exemplo do que se tinha na ala de medicação, o modo de abordagem quando comparada à internação psiquiátrica no CAPs, esta que no modelo anterior a “prescrição medicamentosa costumava ser imposta e não negociada. Contrariamente à experiência da internação, a medicação se insere no dispositivo CAPs em uma gama de ofertas mais ampla e não como imposição arbitrária”,<sup>130</sup> se tornando um avanço aqueles que não possuíam sua autonomia da vontade quanto ao medicamento,

---

<sup>128</sup> ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. Os sentidos da, 2001. p. 175.

<sup>129</sup> *Idem*.

<sup>130</sup> MUÑOZ, Nuria Malajovich et al. Incorporando histórias: a recomposição do corpo próprio na perspectiva de usuários de serviços de saúde mental. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, p. 872-886, 2014, p. 880.

dirimindo muitas vezes avanços pequenos que já se encontravam em ajustes finais por conta do impacto que esse ato em isolado gerava naqueles pacientes.

Com isso, se releva que os Centros de Atenção Psicossocial são fundamentais no papel que se propõem a desempenhar, em especial após o momento de crise, mesmo que após esse momento o sentimento seja de confusão mental e período hostil, pois a participação de outrem nesse relacionamento que precisa de conhecimento para o correto trato é válido no sentido de promover a retirada dos obstáculos e promover “referências fora das convenções da norma, lugar inexplorado que pode proteger das injunções sociais, viabilizando a retomada do movimento e da circulação”.<sup>131</sup>

Portanto, considerando a importância das políticas de saúde mental e o compromisso de não discriminação estabelecido nas Convenções ratificadas, na Constituição Federal e nas leis orgânicas relacionadas a pessoas com deficiência e saúde mental, o próximo capítulo terá como objetivo destacar o mecanismo jurídico de ratificação e estruturação do sistema legal brasileiro em relação aos direitos humanos, com foco especial na área da saúde mental e a legislação vigente.

---

<sup>131</sup> MUÑOZ, Nuria Malajovich et al. *Op. cit.*, p. 882.

## 2. DO TRATAMENTO JURÍDICO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO INTERNACIONAL ÀS LEIS INFRACONSTITUCIONAIS

O tratamento jurídico da pessoa com deficiência tem sido objeto de crescente atenção e desenvolvimento em âmbito internacional e nas leis infraconstitucionais. A busca pela garantia e promoção dos direitos das pessoas com deficiência tem sido impulsionada por uma série de diplomas internacionais, como as convenções específicas sobre o tema.

Esses instrumentos internacionais desempenham um papel fundamental na definição de padrões e diretrizes para o tratamento jurídico das pessoas com deficiência em todo o mundo. Além disso, no contexto brasileiro, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu importantes fundamentos e direitos relacionados à pessoa com deficiência, que foram complementados por leis infraconstitucionais específicas, como a Lei 10.126/2001, que trata da reforma psiquiátrica, e o Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituído pela Lei 13.146/2015.

Conforme afirma John Stuart Mill, “o direito de uma pessoa pode ser entendido como a tutela que ela pode exigir da sociedade, seja com base na lei, seja com base na educação ou na opinião”<sup>132</sup>, nesse sentido, é necessário compreender o panorama global e nacional para analisar o tratamento jurídico adequado e as medidas de inclusão e proteção voltadas às pessoas com deficiência e seu direito tutelado.

### 2.1. DIPLOMAS INTERNACIONAIS – CONVENÇÕES

A discussão sobre o tratamento jurídico da pessoa com deficiência vai além das leis existentes atualmente no Brasil, remontando a um contexto que precede as

---

<sup>132</sup> MILL, John Stuart. Utilidade e justiça. In: MAFFETONE, Sebastiano; VECA, Salvatore (Orgs.). A ideia de justiça: **de Platão a Rawls**. São Paulo: Martins Fontes, p. 239-266, 2005, p. 451.

normas nacionais de proteção aos direitos dessa população. A abordagem da dignidade da pessoa humana pode ser identificada já na Carta das Nações Unidas, um documento que estabelece princípios fundamentais para a promoção e proteção dos direitos humanos em nível global,<sup>133</sup> e na Declaração Universal dos Direitos Humanos de dezembro de 1948.<sup>134</sup>

Princípio esse, fundamental que orienta toda a ordem jurídica e deve ser respeitada em todas as situações e relações jurídicas envolvendo seres humanos, que trata de um valor intrínseco e inalienável, que não pode ser objeto de negociação ou concessão.

A dignidade humana é um atributo essencial da condição humana e deve ser protegida e promovida por todos os setores da sociedade, incluindo o sistema de justiça. Esse valor deve guiar as decisões judiciais e as ações de todos os atores sociais, desde os governantes e legisladores até os indivíduos em suas interações cotidianas.

Nesse sentido, em junho de 1999, durante o XXIX Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, na cidade de Guatemala, foi aprovado o texto da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência. Essa convenção estabeleceu diretrizes internacionais que ampliaram a discussão sobre pessoas com deficiência em âmbito global.

Das disposições gerais do texto normativo aprovado na sessão que ensejou a conhecida “Convenção de Guatemala” ou ainda, “Convenção Interamericana de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Com Deficiência”, se desprende o compreendido como deficiência:

---

<sup>133</sup> LOBO, António Costa. As Nações Unidas e os direitos humanos. **Relações Internacionais**, v. 47, p. 75-83, 2015, p. 83.

<sup>134</sup> HUMANOS, DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS. **Declaração universal dos direitos humanos**. Disponível em: <[https://educacao.mppr.mp.br/arquivos/File/dwnld/educacao\\_basica/educacao%20infantil/legislacao/d\\_eclaracao\\_universal\\_de\\_direitos\\_humanos.pdf](https://educacao.mppr.mp.br/arquivos/File/dwnld/educacao_basica/educacao%20infantil/legislacao/d_eclaracao_universal_de_direitos_humanos.pdf)> Acessado em: 20 abr 2022. n.p.

## Artigo I

Para os efeitos desta Convenção, entende-se por:

### 1. Deficiência

O termo "deficiência" significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.

### 2. Discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência

a) o termo "discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência" significa toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, antecedente de deficiência, consequência de deficiência anterior ou percepção de deficiência presente ou passada, que tenha o efeito ou propósito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício por parte das pessoas portadoras de deficiência de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais.

b) Não constitui discriminação a diferenciação ou preferência adotada pelo Estado Parte para promover a integração social ou o desenvolvimento pessoal dos portadores de deficiência, desde que a diferenciação ou preferência não limite em si mesma o direito à igualdade dessas pessoas e que elas não sejam obrigadas a aceitar tal diferenciação ou preferência. Nos casos em que a legislação interna preveja a declaração de interdição, quando for necessária e apropriada para o seu bem-estar, esta não constituirá discriminação.<sup>135</sup>

A Convenção de Guatemala desempenhou um papel importante ao estabelecer parâmetros conceituais para considerar uma pessoa como tendo deficiência, proporcionando aos Estados participantes do protocolo facultativo diretrizes claras sobre como reconhecer e cuidar adequadamente desses indivíduos.

A convenção também visava assegurar o direito dessas pessoas de não sofrer discriminação com base em sua condição física, mental ou intelectual. No Brasil, posteriormente, o texto da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência foi aprovado pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo n.º 198.

---

<sup>135</sup> CONVENÇÃO Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência. 1999. Disponível em: <<https://iparadigma.org.br/biblioteca/gestao-publica-convencao-da-guatemala-de-1999-convencao-interamericana/>> Acessado em: 10 fev. 2022. n.p.

A implementação dessa Convenção em território nacional foi estabelecida pelo Decreto n.º 3.956, de 8 de outubro de 2001, que determinou o cumprimento de suas disposições no âmbito nacional.

O Decreto não somente instaurou a sua eficácia, mas também ordenou em seu artigo 1º, que a “Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, apensa por cópia ao presente Decreto, seria executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém”.<sup>136</sup>

Dessa maneira, o Brasil assume a responsabilidade de reprimir e combater qualquer forma de discriminação contra as pessoas com deficiência. Ao ratificar os critérios estabelecidos para a não discriminação com base na deficiência, o país se compromete a adotar e perseverar na proteção desses direitos.

O compromisso estabelecido na ratificação implica em garantir que as pessoas com deficiência sejam tratadas de forma igualitária, sem qualquer forma de discriminação, e em assegurar que suas necessidades sejam atendidas de maneira adequada e inclusiva. O Brasil assume, assim, a responsabilidade de promover a plena participação e inclusão social das pessoas com deficiência, buscando eliminar quaisquer barreiras ou obstáculos que limitem seu pleno exercício de direitos e garantias.<sup>137</sup>

Dessa forma, a permissão constitucional prevista no artigo 2º da Constituição Federal, que permite o reconhecimento de direitos e garantias provenientes de tratados internacionais dos quais o Brasil seja parte, se enquadra na cláusula aberta. Isso significa que essas normas de *jus cogens* (normas peremptórias do direito internacional) estão vinculadas ao direito constitucional interno, estabelecendo um

---

<sup>136</sup> BRASIL. **Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001**. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7030.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7030.htm)> Acessado em: 10 mar. 2022.

<sup>137</sup> Nesse mesmo ano de 2001, em de abril, fora sancionada a Lei 10.216/2001, conhecida como Lei da Antimanicomial, que é objeto de estudo deste trabalho. Importante atenção requer saber que no plano internacional os direitos das pessoas com deficiência estavam em pauta, agindo e corroborando com forte influência para aprovação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

compromisso e uma responsabilidade em cumprir com o direito constitucional internacional.

Assim, o Brasil está obrigado a respeitar e aplicar essas normas internacionais em seu ordenamento jurídico interno, conferindo-lhes status de lei interna e garantindo sua efetivação e proteção. Esse reconhecimento reforça o comprometimento do país em cumprir suas obrigações internacionais e assegurar o respeito aos direitos e garantias estabelecidos nos tratados internacionais dos quais é signatário.

Já no ano de 2006, a discussão sobre os direitos humanos movimentava os participantes da Organização das Nações Unidas (ONU), que em 13 de dezembro de 2006, abriu assembleia-geral para discussão do tema quanto as pessoas com deficiência, onde no ano seguinte, em 30 de março de 2007, promoveu a abertura do protocolo facultativo aos Estados componentes para assinatura, que após vinte ratificações teve sua entrada em vigência em 3 de maio de 2008.

Um marco significativo no desenvolvimento das discussões sobre direitos humanos, não apenas no âmbito internacional, mas também no âmbito interno de cada país signatário. Esse tratado estabeleceu diretrizes importantes em relação aos direitos fundamentais, evidenciando a importância de se familiarizar não apenas com seu conteúdo específico em relação às pessoas com deficiência, mas também com sua contribuição para a jurisprudência dos direitos humanos de forma mais ampla. A Convenção destaca-se como um instrumento essencial na promoção e proteção dos direitos humanos, influenciando a interpretação e a evolução dos direitos fundamentais em geral.<sup>138</sup>

Assim, através do Decreto Legislativo n.º 186, em 09 de julho de 2008, o Brasil teve o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu

---

<sup>138</sup> BRASIL. **Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001**. Op. cit.

Protocolo Facultativo assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007, aprovado.<sup>139</sup>

Pouco mais de um ano após sua entrada em vigor no plano jurídico internacional, em 31 de agosto de 2008, a Convenção das Pessoas com Deficiência foi promulgada no ordenamento jurídico brasileiro por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Esse decreto estabeleceu que a Convenção deve ser executada e cumprida integralmente no Brasil, seguindo exatamente o que está contido no texto original assinado na cidade de Nova Iorque. Dessa forma, o país assume o compromisso de adotar as medidas necessárias para garantir a plena implementação dos direitos e princípios estabelecidos na Convenção, assegurando a proteção e promoção dos direitos das pessoas com deficiência em consonância com os padrões estabelecidos,<sup>140</sup> o que mais tarde inclusive, ensejou a promulgação da Convenção de Viena, em 14 dezembro de 2009, pelo Brasil.

A Convenção de Viena foi firmada em 1969, com o objetivo de “solucionar controvérsias relacionadas à aplicação de tratados internacionais e estabelecer parâmetros para assinatura, adesão, formulação, denúncia e outras obrigações internacionais” <sup>141</sup>. Essa convenção estabelece os princípios e regras fundamentais que regem a interpretação e aplicação dos tratados internacionais, buscando garantir a coerência e a estabilidade nas relações entre os Estados no âmbito do direito internacional. A Convenção de Viena é um instrumento importante que contribui para a efetividade e a segurança jurídica dos tratados, fornecendo diretrizes para a sua correta interpretação e cumprimento pelas partes envolvidas.

---

<sup>139</sup> BRASIL. **Decreto legislativo nº 186, de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm)> Acessado em: 10 mar. 2022.

<sup>140</sup> BRASIL. **Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)> Acessado em: 10 mar. 2022.

<sup>141</sup> CHIAPPINI, Carolina Gomes. Reflexos da Convenção de Viena sobre direito dos tratados no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 30, p. 15-27, 2011, p. 15.

Entre as disposições trazidas por ela, cinco são os seus princípios basilares, livre consentimento; boa-fé; *pacta sunt servanda*; *rebus sic stantibus* e *favor contractus*. Os dois primeiros, tem uma densidade ainda maior, posto que ambos devem estar obrigatoriamente inseridos nas relações que os Estados-membros, tenham um para com o outro.<sup>142</sup>

Merece destaque, ainda, o princípio da *pacta sunt servanda*, uma vez que este delimita os poderes de um Estado signatário, em não poder utilizar-se de escusas para alegar não cumprimento ao tratado invocando assim as disposições quanto ao direito interno.<sup>143</sup>

A Convenção, apesar de ter originado conjecturas desconcertantes, a exemplo do que se tem quanto ao conceito de *jus cogens* e a atinente aplicabilidade ao direito convencional, “retratou, na maior parte de sua extensão, normas costumeiras de variado porte: algumas universais, antigas e incontestadas; outras mais recentes, ainda em fase de afirmação quando transfiguradas em direito escrito.”<sup>144</sup>

Buscou ainda, eliminar as barreiras existentes e prevenir novas formações, estabelecendo direitos e deveres que repudiam a discriminação (artigo 8º), promovem a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade (artigo 9º), reconhecem a capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas (artigo 12º) e proíbem penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (artigo 15º), entre outros. Essas medidas têm o objetivo de resgatar as pessoas com deficiência da condição de invisibilidade, que ainda está enraizada na sociedade, permitindo sua emancipação e garantindo que possam desfrutar plenamente de seus direitos e participar ativamente na sociedade.

---

<sup>142</sup> AMIN, Aleph HC; COSTA, Marcela Ferreira. A promulgação da Convenção de Viena sobre Direito dos Tratados pelo Brasil e suas implicações no direito interno. **Trabalho publicado nos Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI realizado em Fortaleza-CE nos dias**, v. 9, p. 10-11

<sup>143</sup> *Idem*.

<sup>144</sup> REZEK, Francisco. **Direito internacional público**: curso elementar. Saraiva Educação SA, 2021, p. 45.

Portanto, diante da importância do estudo das obrigações assumidas pelo Brasil ao ratificar diversos tratados internacionais, é fundamental que as leis ordinárias e todo o sistema jurídico brasileiro respeitem e se comprometam a integrar plenamente as responsabilidades assumidas internacionalmente. Nesse sentido, é necessário compreender as premissas básicas do contexto brasileiro em relação à saúde mental e também o fundamento da cláusula de abertura contida na Constituição Federal, a fim de entender como os tratados internacionais são incorporados no ordenamento jurídico brasileiro e têm valor normativo, especialmente no que se refere aos direitos humanos.

Essa análise nos permitirá compreender o alcance e a importância desses tratados na proteção e promoção dos direitos das pessoas com deficiência. No próximo tópico, serão apresentadas as bases para a compreensão desse contexto brasileiro e a forma como os tratados internacionais são incorporados no sistema jurídico nacional.

## **2.2. O CONTEXTO BRASILEIRO – CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

No presente capítulo, serão apresentadas as bases para a compreensão do contexto brasileiro no âmbito da saúde mental, assim como a forma pela qual os tratados internacionais são incorporados no sistema jurídico nacional.

Para compreendermos o panorama atual das políticas de saúde mental no Brasil, é imprescindível analisar as influências históricas, políticas e sociais que moldaram esse campo ao longo do tempo. Além disso, é fundamental compreender como os compromissos assumidos pelo país em âmbito internacional são integrados ao ordenamento jurídico nacional, garantindo a proteção dos direitos fundamentais das pessoas em relação à saúde mental.

Ao explorar essas questões, buscamos obter uma visão abrangente e aprofundada dos desafios e oportunidades que cercam a área da saúde mental no contexto brasileiro, bem como as bases legais e normativas que sustentam as políticas e ações voltadas para esse importante campo.

O estudo do contexto brasileiro em relação à saúde mental ganha relevância a partir da promulgação da Constituição Federal de 1934. Neste recorte metodológico, busca-se destacar o clima político, econômico e social que o país enfrentava naquela época, caracterizado por sucessivas crises influenciadas pelo panorama global pós-Primeira Guerra Mundial e pela crise de 1929, que resultou na quebra da bolsa de Nova Iorque.

Esses eventos históricos tiveram impactos significativos no cenário nacional e influenciaram diretamente as políticas e abordagens adotadas em relação à saúde mental no Brasil. Portanto, compreender esse contexto é fundamental para uma análise aprofundada das questões relacionadas à saúde mental no país.

Durante o período da Constituição Federal de 1934, a abordagem em relação à doença mental no Brasil era caracterizada por considerá-la uma questão de ordem pública e de polícia. Nesse contexto, a psiquiatria atuava de maneira repressiva, conferindo amplos poderes aos psiquiatras, inclusive a possibilidade de questionar ordens judiciais. Infelizmente, os indivíduos com doença mental não eram assegurados dos direitos de cidadania, o que resultava em sua marginalização e ausência de garantias.<sup>145</sup>

Durante o período de 1935 a 1940, a legislação pertinente à saúde mental teve como foco as questões administrativas relacionadas à criação e organização de serviços de saúde específicos. Durante essa época, houve uma mudança na terminologia utilizada para se referir às pessoas com transtornos mentais, com a supressão do termo "psicopata" nas fontes pesquisadas. No entanto, é importante ressaltar que essa mudança não foi amplamente adotada pela sociedade e por alguns profissionais de saúde, que continuaram a utilizar o termo.<sup>146</sup>

---

<sup>145</sup> DE SOUZA CANABRAVA, Danielly et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010, p. 173.

<sup>146</sup> AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente & Cérebro**, v. 164, p. 30-35, 2006, p. 277.

Campanhas enfatizavam medidas para melhorar as condições de assistência, aos tidos com psicose. Foram descritas na legislação investigada campanhas de higiene mental, medidas educacionais para prevenção e combate ao alcoolismo e à toxicomania. Entretanto, no período da ditadura militar, alguns psiquiatras e psicanalistas, em consonância com o governo, destoaram do propósito, vendo na saúde mental uma grande fonte de lucro.<sup>147</sup>

Neste período, houve um aumento significativo no número de internações por neurose em hospitais psiquiátricos, impulsionado pelos interesses financeiros de psiquiatras e políticos. Em 1965, o número de internações era de 5.186, que aumentou para 18.932 em 1970. No ano de 1975, esse número elevou-se para 70.383 e, em 1977, alcançou a marca de 200.000 internações. Estima-se que, entre 1950 e 1970, a população de pessoas com doenças mentais tenha aumentado em impressionantes 213%, enquanto o crescimento da população geral no Brasil foi de 82%.<sup>148</sup>

Nesta última década (1970), foi estabelecida no Brasil a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), com o propósito de planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de assistência e reabilitação de psicopatas, assim como promover a higiene mental. Nessa época, o governo passou demonstrar preocupação com a prevenção da doença mental e buscou estruturar a assistência nessa área.<sup>149</sup>

No entanto, o contexto da saúde em geral no Brasil dos anos 1970 era bastante tumultuado. No campo da saúde mental, em particular, é relevante mencionar que, a partir de 1974, a DINSAM enfrentou uma crise significativa. Essa crise foi o ponto de partida para que o processo de Reforma Psiquiátrica começasse a ser discutido e, posteriormente, implementado no país.<sup>150</sup>

---

<sup>147</sup> SANTOS, Nelson Afonso Garcia. **Do hospício à comunidade:** políticas públicas de saúde mental. Florianópolis: Ed. Letras Contemporâneas, 1994, p. 115.

<sup>148</sup> *Idem.*

<sup>149</sup> AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro, Fiocruz; 1995, p. 119.

<sup>150</sup> *Idem.*

A crise vivenciada pela DINSAM revelou as deficiências e problemas estruturais do sistema de assistência em saúde mental. A partir desse momento, surgiram questionamentos sobre os modelos de tratamento existentes, que se baseavam em internações prolongadas em hospitais psiquiátricos e em abordagens repressivas.<sup>151</sup>

Assim, das normativas que se instauravam em saúde mental no período, a Portaria nº 32-BSB/74 citava a multiplicidade de problemas que interferem na psique, como processos de mudança e adaptação à sociedade, alcoolismo e dependência de drogas.<sup>152</sup> Os discursos legais da época, priorizavam o tratamento ambulatorial e à hospitalização de curta permanência, que, preferencialmente, deveria ocorrer em hospitais gerais.

A despeito da alta demanda por assistência psiquiátrica, as condições dos serviços disponíveis no Brasil eram alarmantes. Os pacientes com transtornos mentais eram frequentemente internados em hospitais-colônia e manicômios, muitos dos quais localizados nas proximidades das áreas urbanas. Essas instituições enfrentavam problemas de superlotação, com internações que perduravam em média por 25 anos.<sup>153</sup>

O tratamento oferecido consistia em medidas coercitivas, isolamento e privação de liberdade, em vez de abordagens terapêuticas adequadas. Além disso, havia uma escassez dramática de profissionais capacitados para lidar com as demandas da saúde mental. Essa conjuntura revelava a falta de estrutura e de cuidados adequados para as pessoas com transtornos mentais no país, exigindo a

---

<sup>151</sup> *Idem.*

<sup>152</sup> MESSAS, Guilherme Peres. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 65-98, 2008, p. 84.

<sup>153</sup> AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios, p. 279.

adoção de medidas urgentes para reformular o sistema de assistência e garantir um tratamento mais humano e eficaz.<sup>154</sup>

Em 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Brasil. Nesse mesmo ano, Franco Basaglia, renomado líder da Reforma Psiquiátrica democrática de Trieste, na Itália, visitou um hospital psiquiátrico na cidade de Barbacena, em Minas Gerais. O impacto dessa visita foi profundo, pois Basaglia comparou o hospital a um campo de concentração, devido às condições caóticas de higiene e nutrição, além das práticas coercitivas e desumanas impostas aos pacientes internados.<sup>155</sup>

A visita de Basaglia e sua crítica contundente ao sistema psiquiátrico brasileiro despertaram uma conscientização e uma mobilização ainda maior em prol da Reforma Psiquiátrica. As condições desumanas e violadoras de direitos encontradas em Barbacena foram amplamente divulgadas, gerando indignação e a necessidade de transformação urgente nesse campo. A partir desse momento, a luta pela dignidade e pelos direitos das pessoas com transtornos mentais ganhou impulso e o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil se fortaleceu.<sup>156</sup>

A visita de Franco Basaglia ao Brasil teve um impacto significativo no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, onde no mesmo período foi promulgada a Portaria nº 1.369/79, estabelecendo diretrizes para uma cobertura assistencial abrangente à população por meio de ações integradas de saúde mental nos serviços de saúde.<sup>157</sup>

Essas ações incluíam a participação ativa da comunidade e o desenvolvimento de atividades de prevenção, visando não apenas tratar as doenças mentais, mas também promover a saúde mental como um todo. Essas iniciativas

---

<sup>154</sup> *Idem.*

<sup>155</sup> *Ibidem.* p. xx.

<sup>156</sup> *Idem.*

<sup>157</sup> *Idem.*

refletiram uma mudança de paradigma na abordagem da saúde mental, priorizando a inclusão social e a promoção do bem-estar psicológico.

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, que trouxe uma nova concepção de saúde, reconhecendo-a como um direito do cidadão e um dever do Estado. Essa mudança de paradigma foi impulsionada pelo processo de democratização do país. No ano seguinte, em 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, que se tornou um marco histórico no Movimento da Reforma Psiquiátrica. Essa conferência representou uma renovação ideológica e política no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), refletindo um compromisso com a transformação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil.<sup>158</sup>

Nesse contexto de transformações na sociedade brasileira, a saúde mental e o movimento da Reforma Psiquiátrica encontraram aliados fundamentais: as famílias e os próprios pacientes. Essa inclusão ativa contribuiu para o surgimento da associação "Loucos pela Vida" em São Paulo, que se tornou um importante ator na defesa dos direitos e na busca por uma abordagem mais humanizada no cuidado em saúde mental.<sup>159</sup>

Em 1986, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), denominado Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo. Esse centro pioneiro se tornou um modelo para a implantação de outros CAPs em todo o país. A proposta dos CAPs era oferecer um atendimento mais próximo da realidade dos pacientes, promovendo a reinserção social e a autonomia, além de substituir o modelo hospitalocêntrico por uma abordagem comunitária e integral no cuidado em saúde mental.<sup>160</sup>

---

<sup>158</sup> MELLO, Rosane; FUREGATO, Antônio Regina Ferreira. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery**, v. 12, p. 457-464, 2008, p. 458.

<sup>159</sup> *Idem.*

<sup>160</sup> *Idem.*

A primeira experiência de desospitalização no Brasil ocorreu em 1989, com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta em Santos, em decorrência de graves denúncias de maus tratos a pacientes e da criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), como forma de tratamento extra-hospitalar, com atendimento 24 horas por dia, durante todos os dias da semana.<sup>161</sup>

A partir desse advento, o Projeto de Lei n.º 3.657/89, proposto pelo Deputado Paulo Delgado, emergiu como um dos aparatos legais federais mais importantes. Esse projeto tinha como objetivo estabelecer a extinção gradual dos manicômios, promovendo a substituição dessas instituições por outros recursos assistenciais, além de regulamentar a prática da internação psiquiátrica compulsória, visando transformar o modelo de assistência em saúde mental, promovendo uma abordagem mais humanizada e respeitosa para com os pacientes.<sup>162</sup>

Em 1990, a DINSAM foi extinta e, no ano seguinte, a Coordenação Nacional de Saúde Mental foi criada. Essa coordenação teve como primeiro líder um profissional do Ministério da Saúde que também era um militante da Reforma Psiquiátrica. Esse período pode ser considerado como um momento crucial para a saúde mental, marcado por uma intensa articulação de diversos atores na discussão de políticas públicas. Houve a formação de grupos de trabalho variados, parcerias formais e informais, bem como diálogo com consultores. Isso ficou evidente com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1992.

Durante esse período, ocorreu um aumento significativo de debates e audiências relacionados ao Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado. Essas discussões proporcionaram a oportunidade de expor os personagens e grupos de

---

<sup>161</sup> SANTOS, Nelson Afonso Garcia. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. 1992, p. 115.

<sup>162</sup> MACHADO, Kátia. Como anda a reforma psiquiátrica. **Radis Comunicação em Saúde**, v. 38, n. 11, 2005, 27.

interesse envolvidos, além de contribuir para o desenvolvimento de propostas de atuação política.<sup>163</sup>

Em novembro de 1991 foi promulgada a Portaria nº. 189, que propôs a ampliação significativa na oferta de serviços e procedimentos em saúde mental. No ano seguinte, a Portaria nº 224, além de complementar a Portaria nº 189, tornou-se referência para o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental no país, uma vez que propunha o atendimento em unidades básicas, ambulatorios, NAPS/CAPS, hospital dia, unidades de internação e de urgência psiquiátrica em hospitais gerais e especializados, cujas atividades deveriam ser desenvolvidas por uma equipe multiprofissional.<sup>164</sup>

Houve ainda outros avanços significativos nos métodos de tratamento durante esse período. Medidas como a proibição de celas fortes nos hospitais psiquiátricos foram estabelecidas, assim como a necessidade de registros completos nos prontuários e a garantia da inviolabilidade das correspondências dos pacientes em internação. Além disso, foram exigidas melhorias nas instalações dessas instituições, como a inclusão de uma sala de estar com televisão e música, uma área externa para atividades físicas, esportes e uma sala de jogos.

Foram implementados novos procedimentos no Sistema de Informações do SUS, com ênfase na participação social, na formulação e no controle das políticas de saúde mental. Também foram definidos órgãos responsáveis pelo cumprimento e possíveis complementações das medidas estabelecidas.

As duas portarias mencionadas marcaram o início oficial da Reforma Psiquiátrica no Brasil, um movimento que trouxe mudanças significativas nos métodos de tratamento dos usuários dos serviços de saúde mental. Essas mudanças incluíram

---

<sup>163</sup> BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 456-468, 2008, p. 457.

<sup>164</sup> *Idem*.

a expansão de espaços, procedimentos e equipes de saúde, entre outros avanços que foram posteriormente consolidados.<sup>165</sup>

A partir de 1990, alterações significativas nas ações do movimento antimanicomial nos âmbitos legislativo e normativo ocorreram. Essas mudanças contribuíram para a construção da reforma da psiquiatria no Brasil. Um importante elemento que fortaleceu essa reforma foi a adoção do mecanismo de abertura previsto na Constituição Federal de 1988, que permitiu uma interpretação ampla dos direitos fundamentais expressamente estabelecidos, possibilitando uma abordagem mais abrangente e inclusiva na proteção dos direitos das pessoas em relação à saúde mental.

Pioneira no modo de abertura, a Constituição Federal de 1988, foi a primeira a prever abertura normativa de direito internacional, com previsão expressa em seu artigo 5º, §2º:

Art. 5º, § 2º - Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.<sup>166</sup>

Com respaldo nesta previsão Constitucional, o artigo 5º, §2º, promove a cláusula de abertura, que “implica o reconhecimento da coexistência dos conceitos formais e materiais de direitos fundamentais.”<sup>167</sup>

Essa cláusula permite que os direitos e garantias fundamentais expressamente previstos na Constituição sejam interpretados de maneira ampla e

---

<sup>165</sup> MAFTUM, Mariluci Alves. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná**. Tese. Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2004, p. 35.

<sup>166</sup> BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 8 abr. 2022.

<sup>167</sup> MELO, Juliane Andréa de Mendes Hey; BONATO, Ariadne da Silveira. Cláusula de abertura dos direitos fundamentais e status hierárquico dos tratados internacionais de direitos humanos. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 5, n. 9, p. 274-305, 2017, p. 282.

aberta, a fim de abranger também os direitos reconhecidos nos tratados internacionais de direitos humanos.

Dessa forma, a cláusula de abertura possibilita que o Brasil recepcione tratados internacionais de direitos humanos de maneira mais ampla, conferindo-lhes equiparação constitucional e garantindo sua aplicação no território nacional. Isso significa que os direitos humanos consagrados em tratados internacionais ratificados pelo Brasil têm hierarquia equivalente as Emendas Constitucionais, tornando-se parte integrante do sistema jurídico brasileiro.

Essa conexão entre a cláusula de abertura e a recepção dos tratados internacionais de direitos humanos na Constituição de 1988 fortalece a proteção dos direitos humanos no Brasil, permitindo que o país esteja em conformidade com os compromissos assumidos perante a comunidade internacional em relação aos direitos fundamentais.

Assim, fica a cargo do artigo 84, inciso VIII, da Constituição Federal, atribuir competência privativa ao Presidente da República, “para celebrar tratados, convenções e atos internacionais, sujeitos a referendo do Congresso Nacional”<sup>168</sup>, e a cargo do artigo 49, delimitar quanto a competência exclusiva do Congresso Nacional, para conforme o inciso I, “resolver definitivamente sobre tratados, acordos ou atos internacionais que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional”<sup>169</sup>, denotando a cooperação que deve haver entre Legislativo e Executivo, para conclusão dos tratados no plano interno.

Em outras palavras, “os tratados internacionais demandam, para seu aperfeiçoamento, um ato complexo no qual se integram a vontade do Presidente da

---

<sup>168</sup> BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. *Op. cit.*

<sup>169</sup> *Idem*.

República, que os celebra, e a do Congresso Nacional, que os aprova, mediante decreto legislativo”.<sup>170</sup>

Dentre as contribuições de Trindade, é especialmente relevante ressaltar esse pensamento:

É alentador que as conquistas do Direito Internacional em favor da proteção do ser humano venham a projetar-se no Direito Constitucional, enriquecendo-o, e demonstrando que a busca de proteção cada vez mais eficaz da pessoa humana encontra guarida nas raízes do pensamento tanto internacionalista quanto constitucionalista.<sup>171</sup>

Consequentemente, “o Poder Constituinte dos Estados e, logo, das respectivas Constituições nacionais, está hoje cada vez mais vinculado a princípios e regras de direito internacional.”<sup>172</sup> Por essa razão, a “hierarquia constitucional dos direitos enunciados em tratados internacionais, outro argumento se acrescenta: a natureza materialmente constitucional dos direitos fundamentais”<sup>173</sup>, que não estão expressos no texto constitucional pela previsão do constituinte originário, mas inseridos no ordenamento pela aplicabilidade do artigo 5º, §2º da Constituição.

Neste mesmo ponto, Ingo Sarlet corrobora ao entendimento, que para além de um conceito formal de direitos fundamentais, existe um conceito material, “no sentido de existirem direitos que, por seu conteúdo, por sua substância, pertencem ao corpo fundamental da Constituição de um Estado, mesmo não constando em seu catálogo”.<sup>174</sup>

---

<sup>170</sup> PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e o direito constitucional internacional. **Saraiva Educação SA**, 2021, p. 110.

<sup>171</sup> TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. Direitos e garantias individuais no plano internacional. **En: Revista IIDH**, 5. San José, IIDH, p. 59-78, 1987, p. 64.

<sup>172</sup> CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Direito constitucional. Coimbra: **Livraria Almedina**, 1993. p. 16.

<sup>173</sup> *Idem*.

<sup>174</sup> SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**, 10ª ed. Porto Alegre, Livraria do Advogado, 2011. p. 80.

Já o artigo 5º, §3º, da Constituição Federal, introduzido pela Emenda Constitucional 45/2004, estabelece o *status* constitucional aos tratados internacionais de direitos humanos, conforme sua redação:

Art. 5º, § 3º: Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais.<sup>175</sup>

A partir desse momento, os tratados de direitos humanos, aprovados por meio do procedimento estabelecido para emendas constitucionais, adquirem hierarquia constitucional. Eles passam a valer não apenas como direitos humanos no âmbito internacional, mas, devido ao seu *status* de emenda constitucional, tornam-se direitos fundamentais a serem protegidos e garantidos constitucionalmente.

A Constituição de 1988, ampliou em caráter significativo, os direitos da pessoa humana, estabelecendo que todos os seres humanos possuem um valor intrínseco e, portanto, merecem igual respeito e consideração, independentemente de características como raça, cor, sexo, religião, origem nacional ou social, ou qualquer outra condição.

Essa ampliação dos direitos humanos na Constituição reflete o compromisso do Brasil com a promoção da igualdade e da dignidade de todos os indivíduos. Ao reconhecer e proteger esses direitos, a Constituição busca assegurar que todas as pessoas tenham acesso a oportunidades e benefícios sem discriminação injusta.

Tratamento não-discriminatório na lei e perante a lei (igualdade formal), bem como, o respeito à diversidade e à identidade de grupos sociais minoritários, como condição para a dignidade individual (igualdade como reconhecimento).<sup>176</sup>

---

<sup>175</sup> BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. *Op. cit.*

<sup>176</sup> BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. Disponível em: [http://www.professoraanafrazao.com.br/files/atividades\\_docentes/2018-03-21-Tema\\_V\\_Leitura\\_III.pdf](http://www.professoraanafrazao.com.br/files/atividades_docentes/2018-03-21-Tema_V_Leitura_III.pdf). Acesso em: 20 mai. 2022, p. 23

Já, buscando assegurar que todos os indivíduos tenham igualdade efetiva de oportunidades e condições para desenvolver suas potencialidades e alcançar seus objetivos de vida, a igualdade material confere a premissa.

“Os direitos fundamentais eles integram, portanto, ao lado da definição da forma de Estado, do sistema de governo e da organização do poder, a essência do Estado constitucional,”<sup>177</sup> e por isso, “os direitos fundamentais, podem ser entendidos como pressuposto, garantia e instrumento do princípio democrático,”<sup>178</sup> no entanto, como menciona Daniel Hachem, também significa dizer, que a igualdade formal que se limita apenas à igualdade perante a lei, não é suficiente para garantir que todos tenham as mesmas chances de sucesso na vida.<sup>179</sup>

De todo modo, considerando o processo de formação dos tratados e reiterando a concepção de que apresentam força jurídica obrigatória e vinculante, resta frisar que a violação de um tratado implica a violação de obrigações assumidas no âmbito internacional. O descumprimento de tais deveres implica, portanto, responsabilização internacional do Estado violador.<sup>180</sup>

Dessa forma, a incorporação dos tratados internacionais no sistema jurídico nacional visa assegurar a efetividade dos direitos e princípios estabelecidos nesses tratados, proporcionando uma proteção jurídica adequada aos indivíduos e garantindo a conformidade do país com as obrigações internacionais assumidas e a violação de tratados internacionais de direitos humanos acarreta responsabilidade internacional para o Estado.

Isso significa que o Estado pode ser responsabilizado perante a comunidade internacional pelas violações cometidas e pode sofrer sanções e medidas corretivas,

---

<sup>177</sup> SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos Fundamentais**: Conteúdo Essencial, Restrições e Eficácia. São Paulo: Malheiros. 2009. p. 46

<sup>178</sup> MELO, Juliane Andréa de Mendes Hey; BONATO, Ariadne da Silveira. *Op. cit.*, p. 284.

<sup>179</sup> HACHEM, Daniel Wunder. A maximização dos direitos fundamentais econômicos e sociais pela via administrativa e a promoção do desenvolvimento. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, v. 13, n. 13, p. 340-399, 2013.

<sup>180</sup> PIOVESAN, Flávia. *Op. cit.*, p. 112

motivo que enseja o presente estudo e a devida implementação dos compromissos assumidos.

Além dos aspectos mencionados anteriormente, oportuno o estudo da Lei 10.126/2001 a seguir, para compreendermos a sua abrangência e impacto na transformação do panorama da saúde mental no Brasil. Essa legislação não apenas combate o modelo manicomial, mas também estabelece diretrizes para a construção de um sistema de cuidados mais humanizado, inclusivo e eficiente para as pessoas com transtornos mentais.

### **2.3.MOVIMENTOS QUE RESULTARAM NA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL – LEI 10.126/2001**

Após a conscientização sobre a responsabilidade assumida e a existência de preconceitos, surge a necessidade de garantir uma dignidade que todas as pessoas merecem. Nesse sentido, tópico contextualizada a base da reforma com os conceitos de loucura, os principais pontos da Reforma Psiquiátrica - Lei Antimanicomial e, posteriormente, do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Isso permitirá compreender as leis vigentes no Brasil atualmente em relação à proteção dos direitos das pessoas com deficiência.

De início, importante lembrar que durante a antiguidade, a compreensão e interpretação da loucura estavam intrinsecamente ligadas a uma visão mística e religiosa. A loucura era entendida como algo influenciado por forças divinas, demônios e fenômenos sobrenaturais, resultando em uma sociedade permeada por preconceitos e superstições que persistiram por longos períodos.

Nessa época, a loucura era frequentemente associada a castigos divinos ou possessões demoníacas, o que gerava estigma e exclusão social para aqueles que sofriam com doenças mentais. A falta de conhecimento científico sobre as questões

relacionadas à saúde mental contribuía para a perpetuação dessas crenças e alimentava a marginalização das pessoas consideradas "loucas". Essa visão mística da loucura perdurou por muitos séculos, impactando a forma como a sociedade lidava com as questões de saúde mental.

Foi somente a partir do século XVI que a interpretação religiosa da loucura começou a perder sua influência sobre a sociedade. Nesse período, a Igreja deixou de associar a loucura a influências demoníacas e feiticeiros, alterando assim a forma como as doenças mentais eram compreendidas e percebidas.<sup>181</sup>

Essa mudança de percepção em relação à loucura ocorreu devido a uma série de fatores, incluindo o crescimento populacional das cidades e as transformações sociais e culturais que acompanharam esse processo.<sup>182</sup>

E ao contrário das interpretações religiosas anteriores, o Renascimento trouxe uma abordagem mais complexa e multifacetada da loucura. A iconografia da época representava a loucura de forma viva, explorando sua conexão com a animalidade e enfatizando aspectos esotéricos. A loucura, “cujas vozes a Renascença acabam de libertar, cuja violência, porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força”,<sup>183</sup> que ganha destaque, despertando curiosidade.

O estigma e a marginalização associados à figura do louco começaram a ser questionados durante esse período histórico. O louco deixou de ser completamente excluído e passou a encontrar espaço no teatro, sendo reconhecido como alguém capaz de expressar uma verdade, por mais mínima que fosse.

Nessa perspectiva, a loucura era vista como algo que conduzia os indivíduos a um estado de cegueira, enquanto o louco, por sua vez, desafiava essa cegueira e

---

<sup>181</sup> MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. *Op. cit.*, p. 3.

<sup>182</sup> *Idem.*

<sup>183</sup> FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 54.

revelava verdades intrínsecas a cada um. A arte buscava representar e desmistificar essa dinâmica, revelando a impotência subjacente presente naquele contexto histórico.

Por isso, era preciso estabelecer limites entre a razão e a loucura, pois como apresenta Foucault, a razão “se separa da loucura, esvazia a verdade da loucura para afirmar a si própria soberanamente.”<sup>184</sup>

Essa ruptura traz à tona o conceito de "estrutura da exclusão" introduzido por Foucault, que nos ajuda a compreender o modelo de internação que teve início nesse período. Na Europa, os primeiros locais de acolhimento propostos para os considerados loucos foram os hospitais gerais, como o Hospital Geral de Paris na França. O objetivo desses hospitais era abrigar e "hospedar" os pobres de Paris, buscando suprimir a mendicância e a ociosidade. Eles acolhiam pessoas de qualquer sexo, idade, independentemente de serem válidas ou inválidas.<sup>185</sup>

Contudo, em cinquenta anos, o internamento resultou em uma amalgamação, pois, variado era o cenário da realidade das pessoas contidas nesses estabelecimentos, posto que não se diferenciavam os jovens que perturbavam seus familiares, as pessoas de direito comum, vagabundos de insanos,<sup>186</sup> onde, portanto, esse modelo hospitalocêntrico acabava por não desempenhar nenhum papel em caráter evolutivo no asilamento.

No que diz respeito ao tratamento oferecido, Philippe Pinel adotou uma abordagem que visava libertar os doentes e tratá-los de forma humanitária. Ele acreditava que os transtornos mentais eram consequência de tensões sociais e

---

<sup>184</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. Op. cit., VIII.

<sup>185</sup> BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política & Trabalho**, n. 40, 2014, p. 393.

<sup>186</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. Op. cit., p. 63

psicológicas, podendo ter causas hereditárias ou serem desencadeados por acidentes físicos,<sup>187</sup> criando ciência.

Pinel defendia que esses pacientes não eram diferentes dos doentes comuns e mereciam receber cuidados adequados, do mesmo modo que objetivava a transição em romper fatalmente com a correlação da loucura a feitos demoníacos em relação aos doentes no longo dos anos, chegando o momento “em que a pobreza não precisa mais ser “*encarcerada*”, mas a loucura sim”.<sup>188</sup> (*grifo nosso*)

No Brasil, a loucura fazia parte do convívio social desde o século XVI até o início do século XIX<sup>189</sup>. Assim como ocorreu na Europa, a loucura foi frequentemente associada a desordem e perturbação da paz e convívio social no contexto brasileiro. De forma equivocada, a ela foi atribuído o discurso religioso das maldições que atormentam aqueles comumente chamados de “loucos”.

Ao longo do tempo, aqueles que eram considerados perturbadores foram sendo gradualmente excluídos do convívio social e confinados em instituições como as Santas Casas ou prisões públicas. Nas dependências desses espaços, os maus tratos eram “característicos da internação, que não realizava distinção entre homens e mulheres, ambos por vezes eram deixados nus e em convivência mista durante todo o período de internação”.<sup>190</sup>

Nas dependências desses locais, não raras às vezes, os pacientes morriam de frio, fome, não tinham sequer o mínimo acesso à saúde e higiene pessoal, a água que possuíam para beber, se tratava de água de esgoto ou urina, cirurgias de lobotomização eram feitas de modo bastante artesanal, sem mecanismos presentes de dirimir dor e sofrimento, e ainda, a tortura era naquela ocasião, reiterada,

---

<sup>187</sup> *Idem*.

<sup>188</sup> BATISTA, Micheline Dayse Gomes. *Op. cit.*, p. 394.

<sup>189</sup> BATISTA, Micheline Dayse Gomes. *Op. cit.*, p. 531.

<sup>190</sup> ANDRADE, Mariana Dionísio. Direitos humanos das pessoas com deficiência mental: tratamento institucional no contexto brasileiro. **Revista Quaestio Iuris**, v. 10, n. 2, p. 1226-1243, 2017, p. 1233.

degradante, onde por diversas vezes, resultava em óbitos daqueles que ocupavam estes estabelecimentos, não atoa, já se falava em higienização sanitária da saúde.

Os referidos procedimentos, de lobotomização, eram realizados a fim de desligar os lobos frontais direito e esquerdo, visando a alteração nos padrões comportamentais ou até mesmo, se falavam em cura da doença mental, que infelizmente no contexto brasileiro essa “técnica foi adotada até 1956, passando a ferir inclusive o Código de Nuremberg de 1947, concebido para regulamentar e conter os abusos da experimentação médica em seres humanos ocorridos durante a Segunda Guerra Mundial”.<sup>191</sup>

Neste início do século XX, foram realizadas transformações e investimentos visando oferecer apoio aos indivíduos considerados alienados, especialmente no âmbito das ações de higiene pública. Entre 1902 e 1906, durante a gestão do prefeito do Rio de Janeiro, Francisco Pereira Passos, e sob a direção de Oswaldo Cruz como diretor-geral de Saúde Pública do governo federal de Rodrigues Alves, foram implementadas iniciativas nesse sentido. Essas ações buscavam promover melhorias nas condições de saúde e bem-estar das pessoas, incluindo aquelas afetadas por transtornos mentais.<sup>192</sup>

Em 22 de dezembro de 1903, ocorreu a aprovação do Decreto 1.132<sup>193</sup> que reorganizava a assistência aos alienados, e, no mesmo ano, houve a indicação de Juliano Moreira (1873-1933) para a direção do Hospício Nacional, que promoveu reformas de ordem arquitetônica e assistencial no referido hospício, avigorando as ações “modernizadoras” do Estado, estendendo para o campo da assistência pública aos alienados esse progresso.

---

<sup>191</sup> MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 549-572, 2003, p. 549.

<sup>192</sup> VENANCIO, Ana Teresa A. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, p. 35-52, 2011, p. 39.

<sup>193</sup> Decreto contendo 23 artigos, que reorganizou a assistência aos alienados.

Juliano, mais tarde juntamente com Afrânio Peixoto, que fora inspetor de Saúde Pública e diretor do Hospital Nacional de Alienados, desenvolveram o primeiro periódico psiquiátrico brasileiro, que tivera o intuito de reunir artigos científicos sobre as patologias mentais, mas que também acolhiam os temas da ciência e da assistência.<sup>194</sup>

Dessa forma, “do ponto de vista da política assistencial, a nomeação de Juliano Moreira para a direção do hospital de alienados e as reformas que lá empreendeu coadunavam-se com todo um processo de reorganização espacial”.<sup>195</sup>

É importante ressaltar que somente com a publicação do Decreto 1.132/1903, houve uma regulamentação legal sobre a prova da alienação mental para fins de internação em manicômios, conforme estabelecido no artigo primeiro. Além disso, o decreto também tornou obrigatória a criação de alas especiais para os indivíduos considerados loucos criminosos nos asilos para alienados já existentes, conforme estipulado no artigo onze.

Antes desse marco regulatório, a tomada de decisões era baseada na discricionariedade, sem critérios claros e definidos. Com essa legislação, buscou-se estabelecer diretrizes mais específicas e garantir maior controle e cuidado no tratamento das pessoas com transtornos mentais, principalmente no contexto de criminalidade associada à doença mental.

Nesses espaços se formou toda uma escola inspirada na psiquiatria alemã de Emil Kraepelin e propagada por Juliano Moreira.<sup>196</sup> Ciência psiquiátrica com inspiração alemã, que se harmonizava assim com uma política congruente de “caráter preventivista, em que a intervenção ultrapassava a atenção para com o indivíduo,

---

<sup>194</sup> VENANCIO, Ana Teresa Acatauassú. Da colônia agrícola ao hospital-colônia. *Op. cit.*, p. 41.

<sup>195</sup> VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 883-900, 2003, p. 889.

<sup>196</sup> *Idem*.

adentrando ao espaço social para sua normalização – uma normalização diferenciada, daquela produzida pela psiquiatria alienista.”<sup>197</sup>

Ainda, nesta mesma direção, a “política assistencial fundada na ideia de higiene mental ensejava a criação de campanhas, serviços abertos, ambulatorios, de modo a contar de sua entrada e permanência na sociedade”,<sup>198</sup> que apesar do caos presente no modelo asilar assistencial da época, o grande hospício continuou a ser um local de alojamento degradante, o asilo ainda desempenhava um papel significativo ao abrigar a população-alvo da política de higiene mental.<sup>199</sup>

Nesse mesmo momento da história, Minas Gerais passava por um período de degradação, humilhante e severo. Colônia, como era conhecido o maior hospício do Brasil, transformou para aqueles que lá trabalhavam, o tido emprego dos sonhos, como pesadelo.<sup>200</sup>

Segundo relatos dos próprios funcionários do Colônia, contidos na obra fidedigna conhecida como “Holocausto Brasileiro”, começar a trabalhar naquelas dependências, era o mesmo que estar em um “campo de concentração travestido de hospital”<sup>201</sup>, pois “desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos”,<sup>202</sup> a estima é que setenta por cento dos atendidos não sofriam de doença mental, apenas eram dessemelhantes ou ameaçavam a ordem pública.<sup>203</sup>

Muitos contam que desejaram denunciar o sistema, mas não havia quem se dispusesse a ouvir. Vinte e oito presidentes/governadores e interventores federais do Estado de Minas Gerais revezaram o poder entre 1903 e 1980.

---

<sup>197</sup> *Ibidem*, p. 891.

<sup>198</sup> *Idem*.

<sup>199</sup> *Idem*.

<sup>200</sup> ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Editora Intrínseca, 2013, p. 40.

<sup>201</sup> *Ibidem*, p. 23.

<sup>202</sup> *Idem*.

<sup>203</sup> *Ibidem*, p. 23.

Outros dez diretores comandaram a instituição nesse período, alguns por mais de vinte anos, como o médico Joaquim Dutra, o primeiro dirigente. Em 1961, o presidente Jânio Quadros colocou o aparato governamental a serviço da instituição para reverter 'o calamitoso nível de assistência dada aos enfermos'. Deputados de Minas Gerais criaram comissões para discutir a situação do Hospital Colônia. Nenhum deles foi capaz de fazer os abusos cessarem.<sup>204</sup>

Neste contexto de reformulação, a conscientização em relação aos direitos de cidadania dos indivíduos com transtornos mentais busca ir além de ocupar um espaço isolado, reconhecendo-os como sujeitos de direitos. Conforme destacado por Helena de Fátima e Maria Luísa, o objetivo é assegurar que essas pessoas sejam tratadas como seres humanos plenos, com direito à dignidade, autonomia e participação na sociedade:

Trata-se, antes, de algo anterior, de uma crítica radical ao saber construído a partir do objeto "doença mental". Há necessidade de se definir um "novo objeto" de conhecimento e de assistência: não mais o doente mental que necessita ser isolado para ser recuperado, mas uma pessoa diferente dos padrões culturais e que, ainda assim pode ter direitos de cidadania, muito mais amplos do que as modificações nas instituições que tratam os doentes mentais.<sup>205</sup>

Assim, neste novo contexto social, se aflorou o reconhecimento da cidadania, como mecanismo de investida terapêutica, tendo como meta a garantia da cidadania, na atual conjuntura que se instaurava, o sistema todo teve de passar por transição, inclusive quanto aos profissionais ante a ampliação do grau de conhecimento voltado diretamente na humanização do ser ou em seu sofrimento. Por isso, houve a necessidade de conscientização e de um novo modelo de formação dos profissionais, aspectos que foram amplamente abordados no discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A fim de recolher pessoas que aumentavam cada vez mais com o crescimento populacional do país nos primeiros séculos de sua descoberta, instituições de crença,

---

<sup>204</sup> *Ibidem*, p. 43.

<sup>205</sup> MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luísa de Castro. *Op. cit.*, p.16.

cederam prisões e porões, para que pessoas fossem retiradas do convívio urbano e circulassem pelas ruas.<sup>206</sup>

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil surge em um contexto muito peculiar e importante da história política do país. Após vinte anos de ditadura militar, o país inicia um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde Único de Saúde (SUS) universal, gratuito, igualitário e de qualidade.<sup>207</sup>

Diversos movimentos sociais, como o "Movimento Sanitário do Brasil" no início da década de 1970, desempenharam um papel fundamental na promoção de transformações necessárias na área da saúde.

Esses movimentos contaram com a participação de médicos, políticos e diversos grupos engajados, todos unidos em uma luta pela conquista de direitos essenciais. Essa mobilização social evidenciou a necessidade de uma reforma abrangente, despertando a consciência coletiva para a importância de mudanças significativas nesse campo.<sup>208</sup> E somente em 1980, quando os primeiros ventos da reforma psiquiátrica no Brasil começaram a soprar por Barbacena, é que os gemidos do desengano foram sendo substituídos por alguma esperança".<sup>209</sup>

Diante da lacuna política e social existente no Brasil, era necessário promover, por meio dos movimentos de reforma psiquiátrica, a atribuição de valores sociais e morais às pessoas afetadas por transtornos mentais. O objetivo era assegurar que esses indivíduos tivessem acesso aos mesmos direitos fundamentais inerentes a todos os cidadãos. A luta pela reforma psiquiátrica buscava combater o estigma e a

---

<sup>206</sup> HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 297-305, jan./fev. 2009, p. 299.

<sup>207</sup> MELO, Anastácia Mariana da Costa. Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. p.84-85.

<sup>208</sup> *Idem*.

<sup>209</sup> ARBEX, Daniela. *Op. cit.*, p. 24.

exclusão, buscando garantir a dignidade e a inclusão social das pessoas com sofrimento mental.<sup>210</sup>

Em 13 de maio de 1986, na cidade de São Paulo, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse marco representou um avanço significativo na abordagem e no cuidado da saúde mental, uma vez que visava substituir de forma definitiva os hospitais psiquiátricos tradicionais. Enquanto esses hospitais proporcionavam um ambiente onde se oferecia um chamado "tratamento" para pessoas com transtornos mentais,<sup>211</sup> os CAPS surgiram como uma alternativa que proporcionava um acompanhamento mais humanizado e integral da saúde mental desses indivíduos, mesmo que nesse momento de forma bastante tímida.

Essa medida de instauração de um primeiro centro para atendimento psicossocial foi tomada tendo em vista os maus tratos e as mortes que aconteciam na Antiga Casa de Saúde Anchieta, na cidade de São Paulo, por meio de mecanismo intervencionista estatal, bem como, social, conjuntamente com a Secretaria Municipal,<sup>212</sup> que ganhou maior força e orçamento, apenas após a Lei Antimanicomial 10.126/2001.

Durante os primeiros anos de implementação de um sistema de cuidado mais humanitário e alternativo aos manicômios, diversos acontecimentos e inovações marcaram essa trajetória. Um desses marcos importantes foi a proposição da lei por Paulo Delgado em 1989, que tinha como objetivo regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais e transcender o contexto social até então conhecido.<sup>213</sup> Como visto, essa legislação tinha como propósito principal a extinção definitiva dos manicômios no país.

Após 12 anos de sua proposição, o projeto de lei apresentado pelo Deputado Paulo Delgado foi aprovado pelo Congresso Nacional, tornando-se a Lei 10.216/2001.

---

<sup>210</sup> HIRDES, Alice. *Op. cit.*, 300.

<sup>211</sup> *Idem.*

<sup>212</sup> MELO, Anastácia Mariana da Costa. *Op. cit.*, p. 86.

<sup>213</sup> *Idem.*

Essa legislação marcou um importante marco na história da Reforma Psiquiátrica no Brasil e é conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei Antimanicomial.<sup>214</sup>

O projeto que se tornou lei, previa a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”<sup>215</sup>, objeções que vinham sendo desde o Decreto 1.132/1903, sinalizado, mas que apenas ascendeu, para a má sorte dos que dela precisavam, quase uma década depois.

Assim, a conquista da desinstitucionalização, aliada à criação dos asilos e ao impacto transformador trazido por Pinel, que passou a enxergar o louco como um indivíduo em vez de uma maldição social, permitiu que essas pessoas retomassem suas vidas de forma mais autônoma e libertadora. A reformulação do sistema visava promover a ressocialização dos indivíduos, tanto no âmbito social quanto, especialmente, no âmbito familiar.

A Lei 10.216/2001 desempenhou um papel fundamental na reestruturação do sistema de saúde mental no Brasil, com o objetivo de erradicar os maus-tratos desumanos que ocorriam nos manicômios, representando um marco histórico ao trazer importantes mudanças na forma como a sociedade enxergava e tratava as pessoas com transtornos mentais.

Nesse sentido, Figueirêdo, Delevati e Tavares, esclarecem que não fora de pronto eficaz a instituição de Centros de Atenção Psicossocial para implementar mudanças, porém, constituem um avanço significativo mesmo quando embrionariamente criados.

Apesar da mudança de concepção de saúde mental e redução do número de instituições manicomiais no nosso país, os CAPS/NAPS tiveram um surgimento tardio e sem investimento financeiro que atendesse às suas reais necessidades conforme previsto em lei, diretrizes e normas. Desse modo, o

---

<sup>214</sup> *Idem.*

<sup>215</sup> **Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS).** Disponível em: <<https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/64>> Acessado em: 09 abr 2022.

atendimento posto em prática a partir da Reforma Psiquiátrica ainda apresenta limites, não solucionando o tratamento concreto para os ditos loucos pela sociedade.<sup>216</sup>

Assim, diante dos desdobramentos ocorridos desde a Convenção de Viena em 1969, que estabeleceu parâmetros para o respeito aos tratados internacionais, os países foram instados a adotar uma postura mais respeitosa no desempenho de suas funções, abrangendo preocupações de alcance global, inclusive no âmbito interno de cada nação.

Nesse contexto, o caminho percorrido aponta em uma única direção de não permitir a supressão da dignidade das pessoas com transtornos mentais. Na história recente, essas pessoas foram submetidas a uma realidade em que, lamentavelmente, sua humanidade foi muitas vezes questionada.

Embora ainda haja desafios a serem superados, é inegável o progresso alcançado na luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais. A valorização da sua humanidade e a busca por uma inclusão plena são metas fundamentais. A história serve como um lembrete de como a sociedade evoluiu e impulsiona a seguir adiante, construindo um futuro em que todos tenham suas vozes ouvidas, suas necessidades atendidas e suas dignidades preservadas.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi esse movimento sociopolítico ocorrendo no âmbito da saúde pública que, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, materializou uma legislação em saúde mental iniciada em 1990, com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nos Sistemas Locais de Saúde.<sup>217</sup>

---

<sup>216</sup> FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolember, DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre Loucos e Manicômios: História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Graduação: ciências humanas e sócias**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, nov. 2014. p. 132.

<sup>217</sup> BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, v. 11, p. 21-28, 2008, p. 29.

A reestruturação da assistência, principal pilar da Reforma, contava, desde 1990, com a Declaração de Caracas, documento norteador das políticas de Saúde Mental,<sup>218</sup> que consolidou a abrangência da Reforma ante as modificações de práticas, conhecimentos e valores culturais e sociais, refletindo no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.<sup>219</sup>

Assim, considerando toda a trajetória e evolução histórica da psiquiatria, é inegável que o percurso foi marcado por momentos dolorosos, aterrorizantes e, por vezes, desumanos. No entanto, em agosto de 2009, um marco importante foi alcançado, quando os direitos dos cidadãos foram novamente reafirmados por meio de um tratado de direitos humanos incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro.

Esse tratado foi recepcionado como parte integrante do bloco de constitucionalidade, após ser aprovado pelo rito estabelecido no artigo 5º, §3º, da Constituição Federal. Sua relevância é equivalente a uma Emenda Constitucional, superando assim o status de uma simples lei ordinária.

Essa conquista representou um avanço significativo na proteção dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais no Brasil. Ao reconhecer a importância da dignidade e dos direitos fundamentais desses indivíduos, o país deu um passo importante para superar as práticas desumanas e estigmatizantes do passado.

Nessa oportunidade, merece destaque o discurso de Maria do Rosário Nunes, Ministra de Estado e Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República da época:

---

<sup>218</sup> ALVES, Domingos Sávio. Memória da Loucura. **Instituto Franco Basaglia (IFB)**. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/reforma.html#:~:text=A%20IV%20Confer%C3%Aancia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental%20%E2%80%93,de%20junho%20a%201%C2%BA%20de%20julho%20de%202010.>>. Acesso em: 10 out. 2022.

<sup>219</sup> GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, p. 274-282, 2010, p. 281.

Não transigiremos com os princípios da Convenção e desejamos que cada cidadã e cidadão brasileiros, com ou sem deficiência, ajude-nos a fazê-la conhecida e implementada. Essa responsabilidade é nossa! Com a parceria cada vez mais efetiva do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade) e de toda a sociedade civil, conseguiremos efetivar os Direitos Humanos no cotidiano de todas as pessoas para uma melhor qualidade de vida, fruto da acessibilidade em todos os espaços vividos.<sup>220</sup>

A recepção desse tratado de direitos humanos no ordenamento jurídico brasileiro refletiu o compromisso do país em promover a inclusão, a igualdade e o respeito à dignidade de todos os cidadãos, independentemente de sua condição mental.

Assim, a ratificação da Convenção de Nova Iorque pelo Brasil trouxe consigo importantes mudanças e estabeleceu objetivos claros em relação aos direitos das pessoas com deficiência. Através dessa ratificação, torna-se responsabilidade nacional a proteção e garantia desses direitos, conforme estabelecido na cartilha que apresenta os direitos contidos na Convenção.

Nesse contexto, é relevante destacar os desdobramentos que resultaram na promulgação da Lei 13.146/2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, representando um marco importante na história do Brasil ao assegurar direitos fundamentais e promover a inclusão plena das pessoas com deficiência em todos os aspectos da vida.

#### **2.4. RECEPÇÃO DO TRATADO DE DIREITOS HUMANOS AO ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – LEI 13.146/2015**

---

<sup>220</sup> **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:** Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. p. 100.

Em caráter de humanidade, Dicher instrui:

num mundo em que muito se discute sobre o macro princípio da dignidade como direito fundamental da pessoa humana, sensibiliza-nos, sobremaneira, constatar que as pessoas com deficiência, antes de se perquirir acerca do direito à dignidade, muito tiveram que lutar para ter o direito de serem consideradas simplesmente “pessoas” e “humanas”.<sup>221</sup>

Como mencionado anteriormente, a jornada para garantir direitos às pessoas com deficiência foi longa e árdua. Ao longo de mais de um século, esse grupo demonstrou uma incrível resiliência, resultando em importantes avanços históricos na construção da sociedade e na proteção de seus direitos nas constituições de cada país, com o principal objetivo de combater a discriminação e promover a evolução contínua da inclusão e da igualdade.

Ao tema, pode se observar que o desenvolvimento da não discriminação e não segregação, ganhou espaço quando das positavações nos mais diversos campos do direito, aonde a partir do “século XX é que houve, de fato, uma maior mobilização para tratar do atendimento e procurar soluções mais plausíveis com vista à proteção e à efetiva inserção da pessoa com deficiência na sociedade”<sup>222</sup>.

Em perspectiva de avanço frente ao tema, Otto contribui:

Como em quase todas as áreas de atendimento à população mais pobre, houve um incremento substancial de assistência a pessoas portadoras de deficiência no mundo todo, durante todos os anos até agora vividos do século XX. Esse incremento não ocorreu apenas em razão de uma filosofia social mais voltada para a valorização do homem em alguns países mais promissores, mas também devido ao engajamento de muitos setores da sociedade no bem-estar comum – e por que não o dizer, em consequência dos evidentes progressos das ciências e suas aplicações práticas, em todos os campos.<sup>223</sup>

---

<sup>221</sup> DICHER, Marilu; TREVISAM, Elisaide. **A jornada histórica da pessoa com deficiência: inclusão como exercício do direito à dignidade da pessoa humana.** Disponível em: <[www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=572f88dee7e2502b](http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=572f88dee7e2502b)> Acesso em: 08 dez. 2021. p. 2.

<sup>222</sup> DICHER, Marilu; TREVISAM, Elisaide. *Op. cit.*, p. 12.

<sup>223</sup> SILVA, Otto Marques, **A Epopéia Ignorada: A Pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje.** São Paulo: CEDAS, 1987, p. 210.

Assim, após lenta jornada das garantias aos direitos iniciais, “os diversos períodos históricos que seguiram e as civilizações que marcaram a evolução do homem, constata-se que a pessoa com deficiência encontrou diversas formas de tratamento pela sociedade, ora de aceitação e respeito, ora de extermínio ou abandono”<sup>224</sup>, trajetória percorrida até a civilização que conhecemos hoje.

Como referido antes, o primeiro "Tratado Internacional de Direitos Humanos" aprovado pelo Congresso Nacional, seguindo o procedimento do artigo 5º, §3º da Constituição Federal de 1988, foi a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD). Esse tratado foi promulgado pelo Decreto 6.949/2009, conferindo-lhe status de norma constitucional para as proteções em prol da pessoa com deficiência.

Posteriormente, a Lei 13.146/2015 foi instituída como a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, entrando em vigor em janeiro de 2016, estabelecendo diretrizes e medidas de promoção dos direitos e da inclusão das pessoas com deficiência em todos os âmbitos da sociedade. Nesse momento, mais que nunca todo o ordenamento jurídico infraconstitucional passou a ser exigido a respeitar a hierarquia das normas e a aplicabilidade imediata dessas disposições.

Esses marcos legais refletem a importância atribuída à proteção e promoção dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil, buscando garantir sua plena inclusão e igualdade de oportunidades em todos os aspectos da vida social.

Assim, a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, conhecida como Convenção de Nova Iorque, ganha maior aplicabilidade ao trazer em seu corpo teórico uma definição abrangente e esclarecedora do que é considerado deficiência. Essa definição é elucidada de forma brilhante por Joyceane Bezerra de Menezes, e serve como base para orientar as políticas públicas e as ações em prol da inclusão das pessoas com deficiência:

A Convenção definiu a deficiência como um impedimento ou limitação duradoura de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que, em interação com as diversas barreiras sociais, pode obstruir a participação

---

<sup>224</sup> DICHER, Marilu; TREVISAM, Elisaide. *Op. cit.*, 4.

plena e efetiva na sociedade (art.1º). Assim, para alcançar seu principal objetivo que é o de garantir a inclusão participativa da pessoa com deficiência, propôs aos Estados signatários a mitigação das barreiras sociais e institucionais que se prestam apenas ao agravamento daquelas limitações naturais.<sup>225</sup>

Desta forma, a Lei 13.146/2015, também conhecida como Lei de Inclusão, tem como alicerce fundamental a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que “regulamenta as ações e serviços na esfera nacional, assegura às pessoas com deficiência, o exercício dos seus direitos em condições de igualdade com as demais,”<sup>226</sup> visando a promoção das devidas atuações de forma a amparar essas pessoas.

As mudanças ocorridas foram de extrema importância, uma vez “as pessoas com deficiência se constituem em um grupo que necessitam de uma proteção especial por parte do Estado, sendo objeto de tutela constitucional, reconhecendo-lhes a titularidade de direitos fundamentais”.<sup>227</sup>

Com a promulgação do Estatuto da Pessoa com Deficiência, houve mudanças significativas na forma como a pessoa com deficiência é situada, especialmente em relação à sua capacidade. Essas mudanças tiveram um impacto substancial no Código Civil, permitindo que as pessoas com deficiência sejam tratadas em posição de igualdade, um dos principais objetivos da legislação.

É importante ressaltar que a igualdade aqui não se limita apenas à interpretação formal da norma, mas sim a uma exigência determinante em relação ao conteúdo da norma. Isso significa que há um dever de garantir a igualdade real e material às pessoas com deficiência, promovendo condições de inclusão e

---

<sup>225</sup> DE MENEZES, Joyceane Bezerra. O direito protetivo no Brasil após a Convenção sobre a Proteção da Pessoa com Deficiência: impactos do novo CPC e do Estatuto da Pessoa com Deficiência. **Civilistica. com**, v. 4, n. 1, p. 1-34, 2015, p. 26.

<sup>226</sup> PEREIRA, Renata Vilaça; LELIS, Henrique Rodrigues. Igualdade e dignidade humana das pessoas portadoras de deficiência: reflexos da nova lei de inclusão—Lei 13.146/2015—no âmbito da saúde. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 2, n. 1, p. 19-35, 2016, p. 23.

<sup>227</sup> PINHEIRO, Rosalice Fidalgo; BRAZZALE, Flávia Balduino. O direito à diferença e à pessoa com deficiência: uma ruptura no regime das incapacidades. **Revista Jurídica Cesumar-Mestrado**, v. 17, n. 2, p. 323-350, 2017, p. 327.

oportunidades equiparadas às demais, como aclara brilhantemente Alexy “não devendo ter sua interpretação de igualdade no sentido formal da norma, mas de determinante exigência dirigida ao conteúdo da norma, ou seja, quanto ao dever de material de igualdade que ela possui.”<sup>228</sup>

Com as mudanças promovidas pelo ordenamento jurídico, a capacidade das pessoas com deficiência passou a ser reconhecida, deixando de serem consideradas incapazes. Essa alteração está alinhada com os objetivos dos tratados internacionais de direitos humanos, que buscam a inclusão dessas pessoas e a superação das barreiras que as impedem de participar plenamente na sociedade.

A igualdade de oportunidades desempenha um papel fundamental nesse contexto, pois somente através dela é possível eliminar qualquer forma de discriminação. A busca pela “igualdade de condição com os demais”, conforme previsto no artigo 1º da Convenção de Nova Iorque, é uma meta essencial para garantir a plena participação e igualdade de direitos das pessoas com deficiência.

O novo entendimento quanto as incapacidades apresentado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, ensejou nova aparência aos artigos 3º e 4º do Código Civil de 2002, “alterou a teoria das incapacidades, revogando os incisos I, II e III do artigo 3º e os incisos II e III do artigo 4º do Código Civil, com reflexos em diversos artigos do citado diploma legal e, a partir de janeiro de 2015, as pessoas com enfermidade ou deficiência mental deixaram de ser consideradas absolutamente incapazes, figura que foi substituída pela incapacidade relativa”.<sup>229</sup>

Ao abordar a capacidade da pessoa com deficiência e as mudanças significativas relacionadas a essa questão, surge naturalmente a reflexão sobre o futuro do instituto da curatela e se ele ainda terá aplicação.

---

<sup>228</sup> ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**, Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2017. p. 399.

<sup>229</sup> MOREIRA, Ana Cristina; FOGLIA, Sandra Regina Pavani. A Evolução da Inclusão Social Trazida pela Lei 13.146/15-Estatuto da Pessoa com Deficiência e os Impactos no Direito Civil. **Revista acadêmica faculdade progresso**, v. 3, n. 1, 2017, p. 2.

Assim, a curatela passa a ter um papel de proteção residual, sendo aplicada com base nos princípios da razoabilidade e proporcionalidade, levando em consideração cada situação específica. Conforme estabelecido nos artigos 1.767 e seguintes do Código Civil, a curatela deve ser temporária, tendo como objetivo principal manter a pessoa com deficiência no convívio familiar. Além disso, é possível a aplicação da curatela compartilhada, conforme previsto no artigo 1.775-A.

A respeito do instituto da curatela, Ana Cristina Moreira e Sandra Regina Pavani Foglia, ressaltam:

O texto do Estatuto da Pessoa com Deficiência, estabeleceu a possibilidade da pessoa com deficiência mental, ou intelectual, apenas em situações excepcionais, ser submetida a curatela, observado o seu interesse exclusivo e não de parentes ou terceiros. Essa curatela, que possui natureza protetiva, deve ser promovida de acordo com o contido no artigo 84 do Estatuto em tela, proporcional às necessidades e circunstâncias de cada caso e deve durar o menor tempo possível.<sup>230</sup>

Assim, no Brasil, a curatela foi amplamente utilizada como forma de apoio por muito tempo. No entanto, com a promulgação do Estatuto da Pessoa com Deficiência, surgiu o instituto da "tomada de decisão apoiada", que trouxe mudanças significativas ao Código Civil. Esse novo mecanismo busca proporcionar às pessoas com deficiência maior autonomia na tomada de decisões e garantir sua dignidade de vida.<sup>231</sup>

Sendo um instituto inovador no ordenamento jurídico, criado a partir da Lei 13.146/2015, a fim de assegurar o caráter residual e não mais como única alternativa de amparo, a curatela, a tomada de decisão apoiada, permite que:

(...) as pessoas com certo grau de deficiência, seja ela psíquica, intelectual ou física a preservação de sua capacidade civil, eis que poderão ser apoiadas

---

<sup>230</sup> MOREIRA, Ana Cristina; FOGLIA, Sandra Regina Pavani. *Op. cit.*, p. 4.

<sup>231</sup> DE MENEZES, Joyceane Bezerra de. *Op. cit.*, p. 6.

na prática de seus atos, garantindo-lhes o pleno exercício dos seus direitos civis. Esse novo modelo foi incluso no Código Civil no Capítulo III, intitulado “Da Tomada de Decisão Apoiada”, artigo 1783-A.<sup>232</sup>

Em relação à tomada de decisão apoiada, a Professora Joyceane Bezerra de Menezes destaca a sua natureza inovadora trazida pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esse instituto estabelece a necessidade de apoio e assistência às pessoas com deficiência para o exercício de sua capacidade jurídica, sem a imposição de uma curatela restritiva. Dessa forma, busca-se garantir que essas pessoas tenham sua vontade respeitada e sejam capazes de participar ativamente das decisões que afetam suas vidas, promovendo assim a inclusão e a valorização de sua autonomia.

Ajuda que a pessoa com alguma limitação mantenha a sua autonomia, mas, visando cercar-se de maior proteção, possa receber apoio de terceiros no processo de tomada de decisão, sobretudo aquelas que implicarem efeitos jurídicos para si e/ou terceiros. (...) A depender de cada caso, fixa-se o âmbito da vida da pessoa no qual o apoio será conferido. É possível que alguns casos requeiram apoio apenas quanto às decisões jurídicas patrimoniais, enquanto outros demandem apoio para as decisões que impactam na esfera não-patrimonial. A necessidade da pessoa requerente é que justificará e identificará o âmbito no qual será apoiada (art. 12 da CDPD, item 3).<sup>233</sup>

O instituto da tomada de decisão apoiada consagra o direito das pessoas com deficiência de manifestarem sua vontade no exercício das relações jurídicas do cotidiano. Reconhece-se que o discernimento varia entre os indivíduos com diagnóstico médico de deficiência intelectual, psíquica, física ou multifatorial. Essa novidade representa um avanço ousado ao garantir a inclusão e a igualdade material na vida humana.

O objetivo do artigo 1775-A é proporcionar a essas pessoas um mínimo de autonomia e capacidade de agir, levando em consideração sua condição psíquica, e garantir o apoio nas decisões, especialmente aquelas com efeitos jurídicos, em vez

---

<sup>232</sup> MOREIRA, Ana Cristina; FOGLIA, Sandra Regina Pavani. *Op. cit.*, p. 4.

<sup>233</sup> DE MENEZES, Joyceane Bezerra de. *Op. cit.*, p. 16.

de suprimir completamente sua manifestação de vontade e submetê-las à curatela como única alternativa aceitável.

Portanto, essa manifestação de vontade deve ser respeitada, uma vez que confere autonomia e igualdade, ao menos no que pode ser tratado isonomicamente, com os demais. Como lição Robert Alexy, argumenta “de tudo isso se infere a necessidade de haver uma razão *suficiente* que justifique uma diferenciação, e também, que a qualificação dessa razão como suficiente é um *problema de valoração*”<sup>234</sup> (grifo autor), e é “quando a ação humana tem o potencial de repercutir na esfera jurídica do agente ou de terceiros, que a capacidade para a sua prática passa a atrair a atenção do direito e a receber o tratamento especial sob o designativo de capacidade jurídica”.<sup>235</sup>

Quanto a proteção constitucional aos atos civis volitivos do agente, Joyceane Bezerra afirma:

Enquanto os atos civis patrimoniais impactam na esfera disponível do sujeito, os atos civis que operam no âmbito não-patrimonial tocam em interesses indisponíveis, intransmissíveis e, em geral, irrenunciáveis. Dada a proximidade entre esses últimos e os princípios da dignidade da pessoa, integridade psicofísica, igualdade, a autonomia decisória do sujeito nessa área recebe proteção constitucional reforçada e mais intensa (...) o agente não pode ser pessoa diferente daquela que titulariza o direito.<sup>236</sup>

Portanto, é evidente que o Estatuto da Pessoa com Deficiência promoveu uma mudança significativa no ordenamento jurídico, inclusive no Código Civil, ao afirmar explicitamente, em seu artigo 6º, que “a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa”<sup>237</sup>. Essa disposição legal reveste a pessoa com deficiência de direitos e

---

<sup>234</sup> ALEXY, Robert. *Op. cit.*, 408.

<sup>235</sup> DE MENEZES, Joyceane Bezerra de. *Op. cit.*, p. 16.

<sup>236</sup> *Ibidem*, p. 9.

<sup>237</sup> BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 8 abr. 2022

garantias, reconhecendo sua capacidade de exercer todos os atos da vida civil em igualdade de condições com as demais pessoas, por isso altera para um rol de atos exemplificativo<sup>238</sup> questões que podem fazer distinção, de tal modo, retoma a capacidade para a pessoa com deficiência, ensejando a autodeterminação nas escolhas de seus atos ante sua própria autonomia.

Em resumo, no sistema jurídico brasileiro, não existe mais a figura da pessoa absolutamente incapaz maior de idade. Portanto, não se admite mais ação de interdição absoluta no âmbito civil, uma vez que apenas os menores de idade podem ser objeto de interdição. Essa mudança reflete uma nova concepção de capacidade civil, reconhecendo a autonomia e a dignidade da pessoa, mesmo que ela possua alguma deficiência.<sup>239</sup>

Dessa forma, com a entrada em vigor do Estatuto da Pessoa com Deficiência e a garantia dos direitos das pessoas com transtorno mental estabelecida pela Lei 10.126/2001, o Brasil possui uma legislação comprometida e empenhada em implementar obrigações e regulamentar as ações necessárias para cumprir as disposições dessas leis. Tais normas têm respaldo não apenas no âmbito nacional, mas também internacional, estabelecendo a obrigação de combater qualquer forma de discriminação e assegurar a igualdade de tratamento para todos os indivíduos.<sup>240</sup>

---

<sup>238</sup> Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para: I - casar-se e constituir união estável; II - exercer direitos sexuais e reprodutivos; III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória; V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

<sup>239</sup> TARTUCE, Flavio. **Alterações do Código Civil pela lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**: Repercussões para o Direito de Família e Confrontações com o Novo CPC. Parte II, 2015, p. 2.

<sup>240</sup> Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. In. 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. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acessado em: 5 mar 2022

Com o objetivo de analisar o impacto das leis e regulamentações no contexto da pessoa com deficiência, é importante examinar as políticas públicas implementadas após a Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esse estudo visa avaliar se essas políticas têm promovido avanços significativos na garantia dos direitos humanos e na preservação da dignidade no tratamento da saúde mental, em contraposição ao antigo modelo de asilamento.

É necessário investigar se as políticas públicas adotadas estão alinhadas com os princípios da inclusão, autonomia e respeito à diversidade, proporcionando suporte adequado e promovendo a participação efetiva das pessoas com deficiência no âmbito da saúde mental. Isso implica examinar a disponibilidade de serviços de saúde mental comunitários, a implementação de programas de reabilitação psicossocial, o acesso a tratamentos adequados e individualizados, bem como a promoção da inclusão social e o combate à estigmatização e discriminação.

Portanto, é necessário analisar em que medida as políticas públicas criadas como alternativa ao asilamento estão realmente promovendo um avanço na proteção dos direitos humanos e na garantia da dignidade no âmbito da saúde mental.

### **3. REDIRECIONAMENTO A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL ANTE A LEI 10.126/2001 E 13.146/2015.**

Antes de avançarmos nas reformulações em assistência à saúde mental, é necessário delimitar o escopo deste tópico. O objetivo aqui é estabelecer um recorte metodológico para analisar as alternativas implementadas em substituição aos manicômios no âmbito do tratamento. Nesse sentido, serão objeto desse recorte a Rede de Atenção Psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços Residenciais Terapêuticos, apenas para fins didáticos. Vale ressaltar que outros serviços da rede não estão listados, sem que isso implique qualquer juízo de valor.

Trata-se de um processo social complexo no qual é preciso considerar o modelo científico da psiquiatria, que muitas vezes não consegue enxergar a saúde das pessoas, focando apenas nas enfermidades. Além disso, é fundamental abordar o aspecto sociocultural, pois esse trabalho visa transformar a relação da sociedade com as pessoas que vivenciam o sofrimento mental.

Afinal, como destacado por Paulo Amarante, ao longo da história, foram os próprios alienistas e psiquiatras, desde os tempos de Pinel, que difundiram a ideia de que pessoas com dificuldades mentais são perigosas, incapazes e irracionais. No entanto, essa percepção estigmatizante e discriminatória não condiz com a realidade e tem contribuído para a marginalização e exclusão dessas pessoas da sociedade.<sup>241</sup>

#### **3.1. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS**

Fica evidente o objetivo de proteção e garantia de direitos que a Reforma Psiquiátrica buscou ao redirecionar o modelo de assistência em saúde mental. Como resultado desse processo, o Brasil se encontra atualmente entre os países que

---

<sup>241</sup> AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. *Op. cit.*, p. 35

possuem uma legislação moderna para a salvaguarda dos direitos humanos, alinhada com as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde. Isso reflete um avanço significativo no reconhecimento e respeito aos direitos das pessoas em sofrimento mental.

Os movimentos de desinstitucionalização surgiram como resposta à segregação social enfrentada pelas pessoas com transtornos mentais. Esses movimentos foram impulsionados pela proposta do Deputado Paulo Delgado, que, embora não tenha resultado na extinção dos manicômios de forma explícita, levou à proibição da internação em instituições no modelo asilar, abrindo caminho para alternativas ao modelo vigente.

Nesse contexto, foi estabelecido que a internação em hospitais psiquiátricos deveria ser utilizada apenas em situações de insuficiência dos recursos e serviços extra-hospitalares. Isso abriu espaço para a implementação da Rede de Atenção Psicossocial, que engloba os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e os Serviços de Residências Terapêuticas.

Essa rede tem como objetivo oferecer uma abordagem de cuidado mais ampla e integrada em saúde mental, valorizando a atenção comunitária e promovendo a reintegração social das pessoas em sofrimento mental.

É certo que com o “advento do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído nos anos 1980/1990, tema relevante sempre presente na agenda dos gestores e formuladores das políticas de saúde é a constituição de redes assistenciais”,<sup>242</sup> e em se tratando de saúde mental e o acolhimento no SUS desses sujeitos a fim de desinstitucionalizar, não poderia diferir, em se tratando da loucura, uma rede interdisciplinar é mais que necessária, “o pressuposto é não haver um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerado autossuficiente na produção do cuidado, pela

---

<sup>242</sup> QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 253-271, 2014. p. 254.

alta complexidade dos problemas de saúde, geralmente envolvendo vários campos de saber.”<sup>243</sup>

Segundo o contido no próprio site do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial, se caracteriza por ser um instrumento de “cuidado integral à saúde mental da população brasileira, pela diversidade dos estabelecimentos e serviços, as diretrizes da RAPs e princípios estão ancorados nos direitos humanos, e a execução de ações acontece via meios intra e intersetoriais”<sup>244</sup>, em redes capilarizadas nos territórios.

A Rede de Atenção Psicossocial, fora instituída pela Portaria GM/MSn. 3.088/2011, tendo um caráter bastante estratégico visando ganhar força a fim de materializar o processo que recupera elementos cruciais da experiência da Reforma Psiquiátrica, possibilitando uma nova dimensão ao conjunto de ações em saúde mental promovidos pelo SUS.

Assim, alinhada ao fluxo de transformação do “modelo assistencial a consequente inversão das prioridades de financiamento, foram acompanhadas por um aumento global dos recursos financeiros destinados à saúde mental, que passaram de R\$ 619 milhões em 2002, para R\$ 1,8 bilhão em 2011”,<sup>245</sup> escalonando o que vinha acontecendo ainda mais.

Como porta-voz em dada oportunidade representando o importantíssimo Instituto Franco Basaglia, o Alienista Domingos Sávio, demonstra o crescimento em números dos valores investidos a favor da efetividade dessa alteração no modelo hospitalocêntrico, assim enseja:

---

<sup>243</sup> *Idem.*

<sup>244</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps> Acessado em: 22 out 2022.

<sup>245</sup> ALVES, Domingos Sávio. Memória da Loucura. *Op. cit.* n.p.

Entre 2002 e 2012 houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos de 51.393 para 29.958 e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%. Por outro lado, a quantidade de Centros de Atenção de Atenção Psicossocial (CAPS) subiu de 424 para 1.981 e o percentual de gastos extra-hospitalares aumentou de 24,76% para 71,09%. Em 2012 houve ainda importante investimento financeiro nos CAPS, que passou de 460 milhões no ano anterior, para 776 milhões, representando um aumento de 68%.<sup>246</sup>

Nesse diapasão, a Rede de Atenção Psicossocial é fundamental e se ampara na “Política Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que nacionalmente organiza as ações de promoção da saúde mental, prevenção de agravos, assistência e cuidado, bem como reabilitação e reinserção das pessoas com transtornos mentais”<sup>247</sup>, onde inclusive, predispõe de atendimento inclusivo aos usuários de drogas e álcool.

A composição da RAPs possui serviços e aparelhamentos variados, sendo eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) em suas diversas tipologias e portes; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os ambulatórios multiprofissionais, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, leitos de psiquiatria nos hospitais especializados e nos hospitais-dia atenção integral,<sup>248</sup> por isso, “as redes se tornam uma prerrogativa para seu funcionamento, sendo portanto, inerentes ao trabalho voltado ao cuidado em saúde”.<sup>249</sup>

Ainda, segundo o diretório do site do Ministério da Saúde, a informação atualizada no ano de 2022, é de que recentemente, “o Brasil conta com 2.836 CAPS habilitados, distribuídos entre 1.910 municípios de todos os estados e no Distrito

---

<sup>246</sup> ALVES, Domingos Sávio. *Memória da Loucura*. *Op. cit.* n.p.

<sup>247</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. *Op cit.*, n.p.

<sup>248</sup> *Idem*.

<sup>249</sup> QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 253-271, 2014. p. 254.

Federal, totalizando um investimento de incentivo de custeio anual superior a R\$ 1,27 milhões para essa modalidade de serviço”.<sup>250</sup>

Na posição de quem entende do assunto, por ter sido linha de frente, o alienista Domingos, em seu discurso sobre a Integralidade nas Políticas em Saúde Mental, afirma que “o dispositivo estratégico mais eficiente de substituição do hospital psiquiátrico são os Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS).”<sup>251</sup>

Assim, apesar de toda transformação dos modos de cuidado em saúde mental estando em fluxo, ainda é recorrente o trato com a loucura a partir da naturalização de um conceito/preconceito que reflete, em geral, um menosprezo da experiência vivida pelo dito louco, pois mesmo colocado este cuidado sob a égide de um olhar tendencialmente maduro e de apadrinhamento quanto ao resguardo, com o Ministério Público face aos direitos indisponíveis que garante e resguarda, o sujeito a quem se destina toda essa verba, não está sendo atingido, este é o relato de muitos depoimentos colhidos de profissionais do cuidado e dos próprios pacientes.<sup>252</sup>

É preciso fortalecer a RAPs e outras redes de apoio, para responder ao compromisso ético do profissional de saúde de propor modos de cuidado legítimos à pessoa que passa pela experiência da loucura.<sup>253</sup> Esses “são *locus* onde as crises precisam ser enfrentadas, crises oriundas de uma teia complexa de aspectos individuais, familiares e sociais.”<sup>254</sup>

Como resultado desse aparato, nas vivas palavras de Miranda e Cabral, o arremate está:

---

<sup>250</sup> *Idem.*

<sup>251</sup> ALVES, Domingos Sávio Nascimento. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. *Op. cit.* p. 175.

<sup>252</sup> MIRANDA, Anne Crystie da Silva; CABRAL, Barbara Eleonora Bezerra. Vozes da loucura: Reflexões críticas a partir de narrativas de pessoas que viveram uma internação psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 19, p. 42-66, 2016. p. 59.

<sup>253</sup> *Idem.*

<sup>254</sup> QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. p. 256-257.

É fundamental garantir que a pessoa cuidada esteja cada vez mais no centro da cena, vivendo da forma que lhe é possível, em vez de teatralizando um modo racional positivista, que já se provou estar apenas no campo do “ideal”. A “centralidade no usuário” nos processos de cuidado não pode ser mero chavão. As barreiras que segregam o mundo da loucura do da expertise científico-profissional pedem demolição, pois o discurso de que o “louco” não tem o que dizer e, se tem, diz de modo ininteligível à racionalidade imposta como Racionalidade Humana, já não se sustenta (se já se sustentou).<sup>255</sup>

Dessa maneira, tendo em vista o recorte metodológico do presente estudo, adiante se busca apresentar a composição e importância dos Centro Atenção Psicossocial e dos Serviços Residências Terapêuticas, uma vez que são esses os dois mecanismos fortes no processo de não asilamento, que objetivam garantir determinado amparo para a pessoa com deficiência, sendo esses os suplentes no cuidado da saúde mental em prol dos que carecem de tal amabilidade (ao menos em tese).

### 3.2. O CENTRO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiram como uma proposta inovadora no âmago da Reforma Psiquiátrica, emergindo como um movimento com o objetivo central de estabelecer um modelo alternativo aos antigos manicômios que prevaleciam durante o surgimento dos movimentos sanitários.

Os CAPs foram concebidos como uma abordagem revolucionária, com a finalidade de romper com o paradigma asilar e oferecer uma forma de assistência mais humanizada e inclusiva às pessoas em sofrimento mental.

Sabe-se que o “primeiro CAPs do Brasil, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu em 1986, na cidade de São Paulo, a partir da utilização do

---

<sup>255</sup> DA SILVA MIRANDA, Anne Crystie; CABRAL, Barbara Eleonora Bezerra. Vozes da loucura: Reflexões críticas a partir de narrativas de pessoas que viveram uma internação psiquiátrica. **Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 19, p. 42-66, 2016, p. 62.

espaço da então extinta Divisão de Ambulatório (instância técnica e administrativa da Coordenadoria de Saúde Mental)”<sup>256</sup>, da Secretaria Estadual de Saúde.

Ainda, houve nesse local a transformação daquilo que se almejava, sendo motivo dos grandes movimentos que vinham acontecendo na década, ali se buscava “evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para portadores de doença mental, dentro da nova filosofia do atendimento em saúde mental desse período”.<sup>257</sup>

Ao que tange aos CAPs, são de certa forma, um conjunto, um centro “heterogêneo de discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, medidas administrativas, grades das tarefas dos profissionais, grades das atividades realizadas no cotidiano dos serviços, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas”.<sup>258</sup>

O projeto proposto para existência de um centro de atenção, não mais com internação compulsória, tinha em si uma arrojada ambição, aliada “às transformações ocorridas ao longo das últimas décadas, apontam para a importância do tema, formando mudanças significativas num curto espaço de tempo, que certamente despertam interesse pela oferta de inúmeras possibilidades de estudo”.<sup>259</sup>

Quanto aos Centros de Atenção, como se sabe, existem múltiplos tipos a fim de resolver cada qual sua especialidade, “atualmente, seis tipos de CAPs, que se diferenciam pelo porte/complexidade de atendimentos e pela capacidade de

---

<sup>256</sup> RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, p. 92-99, 2004. p. 95.

<sup>257</sup> *Idem*.

<sup>258</sup> LEAL, Erotildes Mariaa.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**, p. 137-154, 2007. p.1.

<sup>259</sup> BARBOSA, Estela Capelas; DE OLIVEIRA, Flávia Mendes. Inovação tecnológica em saúde: o centro de atenção psicossocial como transformação do modelo assistencial. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 180-197, 2018, p. 181

abrangência populacional”<sup>260</sup>, existem diferentes tipos de acordo com a clientela específica “(CAPS I, II e III para adultos em sofrimento psíquico; CAPSi direcionado à clientela infanto-juvenil; CAPSad II e III direcionado às pessoas que apresentam necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas)”.<sup>261</sup>

Com o escopo de progredir no procedimento de concretização do sistema público de saúde brasileiro, os dirigentes do SUS, “representados pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, representaram o compromisso político com os princípios constitucionais do SUS”<sup>262</sup>, acatando o Pacto pela Saúde, nas suas três dimensões: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

Outro ponto que merece destaque, se trata da Portaria que ensejou a natureza pública que fora alocado o CAPs, posto que através da “Portaria MS/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que padronizou o nome do serviço de saúde como Centro de Atenção Psicossocial, estabelecendo diferentes modalidades de acordo com a complexidade da demanda”<sup>263</sup>, e ainda definiu em seu artigo 2º “que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.”

A segunda Portaria publicada foi a GM nº 189, de 20 de março de 2002, que redefine o financiamento dos serviços de saúde mental, firmando-se como crucial para alavancar a criação de CAPs pelo país.

---

<sup>260</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS)**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf>/ Acessado em: 07.12.2022, p. 5.

<sup>261</sup> *Idem*.

<sup>262</sup> FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. Tese. Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. **Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura**. Escola Nacional de saúde pública, Fio Cruz, Rio de Janeiro, 2012, p. 60-61.

<sup>263</sup> BARBOSA, Estela Capelas; DE OLIVEIRA, Flávia Mendes. *Op. cit.* p. 185.

A partir de então, os CAPs passaram a ser considerados serviços de alta complexidade, financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), através de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC), o que gerou consequências para a forma de financiamento dos novos serviços de saúde mental, apresentada pela PT MS/GM nº 189/2002,<sup>264</sup> ficando estabelecidos oficialmente como dispositivo estratégico da Política Pública de Saúde Mental. Essa incorporação trouxe impactos econômicos ao SUS, mas, incontestavelmente, trouxe qualidade de vida para as pessoas atendidas.<sup>265</sup>

Desse modo, os Centro de Atenção ofertam atendimento diário. “Organizem-se de forma a que o usuário, caso necessite, possa frequentar o serviço diariamente, e é oferecida uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e o acolhimento por uma equipe interdisciplinar”.<sup>266</sup>

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, os Centro de Atenção Psicossocial devem obrigatoriamente:

(...) disponibilizar equipe multiprofissional especializada em saúde mental durante todo o horário de funcionamento, e devem ser compostos obrigatoriamente por enfermeiro(a), médico(a) psiquiatra, técnicos/auxiliares de enfermagem e profissional administrativo, e outras categorias profissionais como psicólogo(a), assistente social, terapeuta ocupacional, arte terapeuta, que devem integrar a equipe conforme projeto técnico institucional do serviço, em conformidade com as singularidades epidemiológicas e socioeconômicas de cada região.<sup>267</sup>

Não obstante, os Centro de Atenção são “estratégicos na articulação da RAPs, seja na atenção multiprofissional direta, visando à promoção da saúde mental dos pacientes e de suas famílias, da vida comunitária e da autonomia dos usuários,

---

<sup>264</sup> *Idem*.

<sup>265</sup> *Idem*.

<sup>266</sup> RIBEIRO, Sérgio Luiz. *Op. cit.* p. 95.

<sup>267</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS)**. *Op cit.* p. 5.

quanto na ordenação do cuidado”,<sup>268</sup> de incumbência bastante imponente na evolução do sujeito por eles atendidos.

Os dados coletados até julho de 2022, demonstram a atual realidade em números do Brasil, o qual conta com “2.836 (dois mil, oitocentos e trinta e seis) CAPs habilitados, distribuídos em 1.910 (um mil, novecentos e dez) municípios em todos os Estados e no Distrito Federal, totalizando um investimento de incentivo de custeio anual de R\$ 1.274.270.328,00”<sup>269</sup>, para essa modelo de prestação de serviço.

Outros números importantes, são as novas implementações, trazidas no mesmo relatório pelo Ministério da Saúde, disponibilizando que a amostragem quanto a “evolução da distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial habilitados pelo Ministério da Saúde até junho de 2022, por unidade federativa, tipo de serviço por 100 mil habilitantes”,<sup>270</sup> conforme segue.

No que tange as necessidades de possibilidade em atendimento 24 horas, importantíssimo na evolução e não recaída de determinado paciente, pois, o sujeito em surto não indica o horário que este episódio fará parte de sua vida, o Ministério da Saúde divulgou dados relevantes.

Tem-se que o Estado do Mato Grosso e Rondônia, são os únicos que ainda não possuem nenhum serviço de atendimento 24 horas, ou seja, não há um único CAPs III ou CAPs AD III habilitado. No que se refere ao “CAPs Infanto Juvenil”, este não está presente nos Estados do Acre, Roraima e Tocantins.<sup>271</sup>

Mesmo após mais de vinte anos da promulgação da Reforma Psiquiátrica, ainda não restaram recursos disponibilizados a estes locais para criação de pelo

---

<sup>268</sup> *Idem.*

<sup>269</sup> *Ibidem.* p. 6.

<sup>270</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS).** *Op cit.* p. 8.

<sup>271</sup> *Idem.*

menos um em todo Estado, pasmem, não está em pauta nem se quer um Centro de Atenção por cidade, e sim um para cada 100, 200, 300, 400 mil habitantes.

Mais um avanço significativo, ocorreu após a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, ficando “normatizado o CAPs AD IV, para atendimentos de pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, especialmente do crack”<sup>272</sup>.

O mesmo relatório divulgado pelo Ministério da Saúde em 2022, demonstrou ainda que até a ocasião, existem apenas três CAPs AD IV habilitados no Brasil todo, estando esses no “Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Tais unidades apresentam plantão médico e equipe multiprofissional completa 24 horas, atendendo as urgências e emergências dessa população”.<sup>273</sup>

Esse investimento, visa cumprir com um objetivo central da Reforma, o qual é o de acolher os indivíduos com desordem mental austero e durável, e também, seus familiares. “A equipe profissional do CAPs está habilitada para prestar o cuidado em atenção psicossocial, buscando preservar a cidadania da pessoa, o tratamento no território e seus vínculos sociais”,<sup>274</sup> deste modo é duvidoso que o preceito trazido pela Lei 10.126/2001 de atendimento humano e suplantado de não discriminação esteja presente dada a escassez de locais adequados para tratamento, como se observa pelos números trazidos pelo governo brasileiro.

Outro ponto-chave que quando da atividade diária pesa e muito no quanto de evolução ainda carece o sistema, está que grande parte dos profissionais trabalham nos CAPs por meio de cooperativas, confinando referidos contratos à mercê de “interrupções, provocadas por interesses políticos.”<sup>275</sup> Quando questionados os

---

<sup>272</sup> *Idem.*

<sup>273</sup> *Idem.*

<sup>274</sup> BRASIL. **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>> Acessado em: 07 dez. 2022. n.p.

<sup>275</sup> MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaíssa Fernanda Kratochwill de; SANTOS, Catia Batista Tavares dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, p. 592-611, 2014, p. 599.

profissionais que atuam nesses centros, sobre como a roda gira em prol de evolução do paciente, “todos se mostram descontentes com essa realidade e enfatizam que ela é incoerente com um tipo de trabalho que exige a construção de vínculo e relação de confiança com pacientes”.<sup>276</sup>

Claro que fazer cumprir aquilo que está positivado no ordenamento, e ainda, atos e ações que visem diariamente incluir as premissas firmadas ao longo desses vinte e dois anos desde a Lei 10.126/2001, não é tarefa fácil, ainda mais a contar dessa aposta vertida na lei, apresentando a necessidade e confirmando esta, pelos moldes ditados na Rede, que há eminente necessidade de uma interdisciplinaridade para o trato da saúde mental. Como ainda elucida Sergio Luiz Ribeiro:

Construir um serviço de atendimento intensivo fora da área do hospital, com um trabalho em equipe e com respeito profundo pela subjetividade e singularidade dos usuários e funcionários. Tais ingredientes transformaram o CAPS num Espaço Vivo, pois só a vida pulsando, criando, transformando, pode levar à saúde mental e trazer a alegria, a liberdade, enfim, a vida, em sentido pleno, aos portadores de sofrimento psíquico grave e aos trabalhadores da saúde mental. A Vida é movimento (...) <sup>277</sup>

É um axioma, o fato que há bastante complexidade em um CAPs, que pode por vezes ultrapassar os limites físicos do próprio serviço, crescendo em ações intersetoriais que amparam o cliente na edificação de sua autonomia, sem ter de tutelar esse sujeito.

Evidente, que essa distinção, essa conexão possui uma linha relação bastante frágil/tênue, visto que a relação de autonomia versos tutela desses sujeitos, precisa ser cabalmente amparada e considerada, uma vez que os Centros de Atenção Psicossocial só podem operar se a premissa for está, a de prezar pela autonomia da vontade e respeito de cada cidadão ali atendido.

---

<sup>276</sup> *Idem.*

<sup>277</sup> RIBEIRO, Sérgio Luiz. *Op. cit.* p. 98.

Em síntese, além do CAPs, estão compreendidos na Rede Atenção Psicossocial (RAPs) os “Serviços Residenciais Terapêuticos, os leitos em Hospital Geral, os Consultórios na Rua, dentre outros equipamentos. A assistência em saúde mental deve, portanto, se dar através da integração destes dispositivos formando uma rede de cuidados”,<sup>278</sup> ficando a cabo do próximo tópico o apreciar do acolhimento realizado junto aos Serviços Residenciais Terapêuticos, que compõe o núcleo central do modelo de superação ao asilamento.

### 3.3. SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS – STRs

No que tange aos Serviço Residências Terapêuticas (SRTs), a Portaria/GM n.º 106, de 11 de fevereiro de 2000, materializou a sua criação, considerando as recomendações do Ministério de Estado da Saúde, ponderando a necessidade de reestruturação do modelo em atenção ao paciente com transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

No ano seguinte, em 2001, houve a entrada em vigor da Portaria nº 175, de 23 de outubro de 2001 – já após a entrada em vigor da Reforma Psiquiátrica – “com intuito de complementar o modelo de atenção ao serviço prestado, visando garantir os padrões de qualidade e do atendimento prestado aos cidadãos pelos órgãos e pelas entidades da Administração Pública Federal direta, indireta e fundacional”.<sup>279</sup>

Houve, além disso no ano seguinte, em 2002, a instituição do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria em 2002, que iniciou um “processo regular de avaliação dos hospitais psiquiátricos, públicos e privados conveniados ao SUS. Como resultado, houve o fechamento de centenas de

---

<sup>278</sup> BARBOSA, Estela Capelas; DE OLIVEIRA, Flávia Mendes. *Op. cit.* p. 184.

<sup>279</sup> BRASIL. Ministério da Saúde Secretária Executiva. **Portaria nº 175, de 23 de outubro de 2001.** Acessado em: 18 dez. 2022. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pm\\_175\\_2001.pdf#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20175%2C%20DE%2023%20DE%20OUTUBRO%20DE,no%20uso%20de%20suas%20atribui%C3%A7%C3%B5es%20legais%20e%20considerando](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_175_2001.pdf#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20175%2C%20DE%2023%20DE%20OUTUBRO%20DE,no%20uso%20de%20suas%20atribui%C3%A7%C3%B5es%20legais%20e%20considerando)>

hospitais e alguns milhares de leitos absolutamente inadequados para a assistência à saúde”,<sup>280</sup> que eram contraditórios ao que se esperava.

O objetivo central nas Residências Terapêuticas, não era diverso do pretendido no Centro de Atenção Psicossocial, mas igualmente inclinado ao processo de inclusão social, junto da retomada de cidadania do sujeito acometido de transtorno mental, pela prestação de serviço democratizada pelo Sistema Único de Saúde.

O desenvolvimento das SRPs, foi importantíssimo para o processo de consubstanciação quanto aos serviços voltados em prol da saúde mental, se tonando imprescindível nesse deslinde, onde “a construção de uma rede de SRTs foi amplamente favorecida com o advento do Programa de Volta Para Casa – Lei nº 10.708, de 31/07/2003”.<sup>281</sup>

Essas Residências Terapêuticas, se tratam de “moradias ou casas destinadas a egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não têm suporte social e laços familiares”,<sup>282</sup> ou seja, destinada aqueles que não possuíam amparo ou estavam com este por vezes, muito fragilizados.

Ainda, conforme informação mantida no site do Ministério da Saúde, as Residências Terapêuticas após 2017 devem:

(...) acolher preferencialmente egressos de internações prolongadas, mas, com a Portaria nº 3.588/2017, passaram a ser autorizados a acolher outras pessoas com necessidades desse tipo de acolhimento, como pacientes com transtornos mentais graves, moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns, reconhecendo a necessidade de grandes contingentes de pacientes com transtornos mentais graves nessas condições. Os candidatos ao acolhimento em SRT devem ser pessoas com transtornos mentais com

---

<sup>280</sup> AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018. p. 2072.

<sup>281</sup> AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. *Op. cit.* 2072.

<sup>282</sup> GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. *Op. cit.*, p. 281

acentuada vulnerabilidade, sem suporte social e econômico e sem vínculos familiares ou com vínculos frágeis<sup>283</sup>

O objetivo da criação das referidas residências, fora o de tornar mais executável a desospitalização dos antigos internos que calharam por estar no âmago do modelo que vem sendo superado de hospitalização, além disso, “os projetos dos SRTs devem contemplar o respeito aos direitos de cidadania dos usuários, a construção da autonomia no desenvolvimento de atividades diárias da vida, a ampliação da inclusão social e a reabilitação psicossocial.”<sup>284</sup>

Acontece que, mesmo com a criação dos SRTs e sua fundamental colaboração como o processo de desinstitucionalização, as residências terapêuticas são compostas por pessoas que lá desempenham as atividades pretendidas, onde muitas vezes esses sujeitos não superaram o modelo asilar, ensejando, infelizmente, uma estagnação na superação preconizada pela reforma alienista e todos os movimentos que dela fizeram parte, pois o bojo da reforma se trata ainda de pessoas, esses são os principais sujeitos que precisam almejar a mudança, do interno cuidado, ao externo cuidar entregando dignidade.

Assim, como afirma Sarlet é digna a concepção de Immanuel Kant em relação à dignidade humana, nesse sentido:

É incensurável a permanência da concepção kantiana no sentido de que a dignidade da pessoa humana, sendo esta considerada como fim e não como meio, repudia toda e qualquer espécie de coisificação e instrumentalização do ser humano, levando à condenação de muitas práticas de aviltamento da pessoa à condição de coisa.<sup>285</sup>

A dignidade da pessoa humana, logo, não deve ser um mero conceito abstrato ou retórico, mas um compromisso concreto e efetivo de toda a sociedade em garantir

---

<sup>283</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS)**. *Op cit.*, p. 9.

<sup>284</sup> *Ibidem*. p. 281

<sup>285</sup> SARLET, Ingo Wolf. *Op. Cit.* p. 35.

que todas as pessoas tenham acesso a condições dignas de vida. Isso implica na adoção de políticas públicas que combatam a pobreza, a discriminação, a violência, a exclusão social e outras formas de violação dos direitos humanos.

Compreende-se, portanto, que nesse processo de reabilitação, mais que nunca para somar esforços, a autonomia de uma vontade legítima dessas pessoas deve ser “entendida como norteadora do cuidado em relação à saúde e como capaz de criar regras com o outro, conforme as diversas situações enfrentadas ao longo da vida”,<sup>286</sup> devolvendo aos sujeitos a voz que lhes foi mitigada ao longo dos diversos anos de asilamento e aprisionamento.

Devolução esta, que se pode chamar de volta a liberdade, a volta da oportunidade de escolha, da voz não silenciada, voz esta que também só alcança o fim para o qual foi anistia se a inserção social acontecer, nesse sentido Almeida e Cesar traduzem a ideia:

No processo de inserção social do portador de transtorno mental não basta que apenas a equipe de saúde mental do município compreenda a finalidade e os princípios norteadores da assistência em saúde mental desenvolvida pela Residência Terapêutica. É necessário que as pessoas de outros segmentos da sociedade (educação, assistência social, igreja, universidades, associações de bairro, poder judiciário) entendam a relevância do serviço, e ainda que eles podem atuar como agentes sociais no processo de inserção na comunidade dos portadores de transtornos mentais.<sup>287</sup>

Certo é, que o trabalho desenvolvido nas Residências Terapêuticas é de extrema complexidade, requerendo dos que a compõe diferentes ações e desempenhos visto as “diferentes necessidades dos pacientes. Requer, também, que esses programas sejam desenvolvidos continuamente e dinâmico, para

---

<sup>286</sup> VELÔSO, Thelma Maria Grisi et al. A reforma psiquiátrica em relatos de cuidadores de residências terapêuticas. **Saúde e Sociedade**, v. 31, 2022. p. 3.

<sup>287</sup> ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CEZAR, Adieliton Tavares. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. **IGT na Rede**, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016. n.p.

manutenção dos ganhos e com ajustes frequentes, de acordo com o desenvolvimento alcançado pelos pacientes.”<sup>288</sup>

Quanto ao orçamento, os SRTs em 2022 contaram com “um investimento de incentivo de custeio anual de R\$ 130.665.000,00 (cento e trinta milhões, seiscentos e sessenta e cinco mil reais)”<sup>289</sup>, “possuindo um total de 813 (oitocentos e treze) Serviços Residenciais Terapêuticos habilitados no País, os SRT são divididos por tipologia, segundo a composição da equipe técnica do serviço, considerando as condições de dependência dos residentes/moradores”.<sup>290</sup>

Nessa ceara, a “política de financiamento dos SRT está intrinsecamente relacionada com a proposta de diminuição dos leitos hospitalares<sup>291</sup>. Onde por sugestão da Portaria GM 106/00 sugere que “a cada transferência do paciente do hospital psiquiátrico para o SRT, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual número de leitos naquele hospital, realocando os recursos”.<sup>292</sup>

Quanto a evolução das Residências, essas passaram, da mesma forma que os Centro de Atenção Psicossocial, a promover uma mudança interna, a fim de possibilitar uma melhora no atendimento, setorizando tal ação, conforme Freire observa:

A reconfiguração das residências terapêuticas se deu em dezembro de 2011 através da Portaria 3.090, estabelecendo modalidades de moradia tipo I e tipo II. A primeira refere-se a casas que podem acolher no mínimo 4 moradores e no máximo 8 moradores. O SRT tipo II é destinado a pessoas com acentuado grau de dependência, especialmente em função de seu comprometimento

---

<sup>288</sup> VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, p. 70-79, 2008. p. 77.

<sup>289</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS)**. *Op cit.* p. 9.

<sup>290</sup> *Idem.*

<sup>291</sup> FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. *Op. cit.* p. 129.

<sup>292</sup> *Idem.*

físico que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral. Essa modalidade deve acolher até 10 moradores.<sup>293</sup>

Com efeito, insta expor a evolução nos dados trazidos pelo relatório do Ministério da Saúde de 2022, quanto as existentes Residências, que contemplam o total de 306 - Serviços Residenciais Terapêuticos I, estando ausente dos Estados MS, AL RN e PA, e ao total de 507 Serviços Residenciais Terapêuticos II, estando ausentes do Estados TO e ES; no ano de 2022.<sup>294</sup>

Diante da análise do crescimento das Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), percebe-se que esses números refletem um acompanhamento do processo de desinstitucionalização, embora em escala reduzida. No entanto, os resultados ainda estão aquém do desejado.

A política de apoio para desinstitucionalização de pacientes de longa permanência ainda se mostra excessivamente tímida, revelando a necessidade de um maior investimento e engajamento na implementação de medidas efetivas que garantam a inclusão social e a reintegração dessas pessoas na comunidade.

### **3.4.O DÉFICIT NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL NO BRASIL**

A atual política pública de saúde mental, requer designação pecuniária em alocação de recursos na estruturação de programas, que estejam alinhadas as sugestões trazidas pela Reforma Psiquiátrica, mirando o modelo não asilar de atendimento, em comento, a estruturação aconteceu por meio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), dos Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs), dentre outros citados pela própria legislação reformista.

---

<sup>293</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS)**. *Op cit.* p. 9.

<sup>294</sup> *Idem.*

Se tratando de um modelo assistencial complexo, é possível que os avanços sejam consagrados cada vez mais ao longo do tempo, contudo, esses avanços tão almejados apenas podem ocorrer de forma válida e efetiva, ante a permanente atenção das diversas ceiras que compõe a interdisciplinaridade de atenção e do cuidado, frente as necessidades pessoais de assistência em saúde mental.

A ideia de um CAPs se originou da aposta na mudança do modelo assistencial e na criação de serviços substitutivos e, nesse ponto, o enfoque psicanalítico com o qual se propõe refletir sobre o CAPs começa a ganhar algum sentido para além de uma aparente arbitrariedade<sup>295</sup>

Nesta tomada de desinstitucionalizar o tratamento que era ofertado, o Brasil optou por viabilizar serviços inovadores, surgindo os Centros de Atenção Psicossociais e mais tarde, os Serviços de Residência Terapêuticas, o que ocorre, apesar da boa intenção do legislador, em incutir certa liberalidade em como será ofertado o redirecionamento ao modelo assistencial em saúde mental, é a forma como foi feita, como esse “novo modelo em redirecionamento”, garantido por lei, deveras está apresentado, que até o momento, não se tem demonstrado ser tão redirecionador assim.

Assim, no campo prático, o que se vislumbra pelas diversas pesquisas sendo feitas a teor do assunto, é que os serviços são difundidos com feitio bastante desigual, em relação de uma região e outra no país, onde o aumento da população mais idosa, casado a uma lacuna vigente no trato clínico, enseja um aumento no cuidado e relação a saúde mental infundável.<sup>296</sup>

Conforme estudo realizado pelo método do “World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO AIMS)”, traduzindo livremente como “Instrumento de Avaliação da Organização Mundial da Saúde para

---

<sup>295</sup> RIBEIRO, Alessandra Monachesi. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. **Psicologia USP**, v. 16, p. 33-56, 2005. p. 36.

<sup>296</sup> MATEUS, Mario Dinis. et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. **International journal of mental health systems**, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2008. p. 6.

Sistemas de Saúde Mental”, restou avaliado que “ainda, não há um bom grau de integração entre a atenção básica e as equipes de saúde mental que trabalham no nível do CAPS, e é necessário treinar profissionais para atuarem como planejadores e gestores de saúde mental.”<sup>297</sup>

Mais tarde, outro estudo sobre direção e estruturas de aferição, apontou a saúde mental como área permanentemente subfinanciada do SUS, apontando a preocupação de garantias de um financiamento adequado em manutenção e abertura de serviços substitutivos, o que inclusive, fora pauta da última Conferência Nacional de Saúde Mental, “propondo cada vez mais o controle federal do dinheiro aplicado. Apesar de a responsabilidade pelo financiamento ser interfederativa, o impacto do subfinanciamento federal tem conferido aos municípios um estrangulamento dos gastos públicos”.<sup>298</sup>

Já o Ministério da Saúde tem um dado bastante importante. Os CAPs AD III (aquele destinado aos cuidados quanto a Álcool e Drogas), formulados em 2010, tiveram forte indução ao final do ano de 2011. Em cinco anos, a implantação de CAPs AD III atingiu o número de 85, contra o número de 94 CAPS III, que embora instituído muito antes, há pouca equanimidade de distribuição no território nacional.<sup>299</sup>

Em suma, se pode entender quanto aos Centro de Atenção Psicossocial tipo III, sendo:

(...) um serviço de atenção comunitária, pública, de base territorial, que funciona 24 horas por dia, caracterizando-se como um CAPS tipo III, que possui oito leitos/noite. Tem por objetivo e diretriz tratar, de forma intensiva, pessoas portadoras de transtorno mental grave, com idade superior a 14 anos, junto às suas famílias e na sua comunidade, evitando-se a internação psiquiátrica integral e promovendo-se a reabilitação psicossocial daquelas

---

<sup>297</sup> *Idem.*

<sup>298</sup> TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Revista de saúde pública**, v. 51, 2017. p. 5.

<sup>299</sup> BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, v. 7, n. esp, 2012. n.p.

cronicamente comprometidas. Busca ainda possibilitar que o usuário se reconheça como sujeito e possa se inserir na comunidade.<sup>300</sup>

Destarte, atualmente com base nos dados de julho/2022 informados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2017 o Brasil contava com 106 CAPS III, em 2018 contava com 107, em 2019 contava com 112, em 2020 contava com 121, em 2021 contava com 122 e em 2022, contou com 126 CAPS III<sup>301</sup>, ou seja, com base nos dados trazidos, nos últimos cinco anos, o aumento fora 18.87%, significando a criação de apenas 20 CAPs III ao nível nacional, enquanto desde 2010 quando foi criado o CAPs AD III, o aumento fora de 134%, haja visto em 2010 ter 1 e no ano de 2022, existir 134 unidades.

Não obstante, a projeção de crescimento populacional em 2017, segundo dados do IBGE, era de 206.804,71 pessoas, contra 214.828,540 em 2022<sup>302</sup>, ou seja, um aumento de 3.88% da população já era esperado, não podendo haver escusas quanto a programação orçamentária necessária ante a ínfima parcela de criação dos referidos CAPS III, que representam importantíssima via no processo da luta antimanicomial que começou no século passado.

O sistema prossegue subfinanciado, carecendo de avanços na atenção primária e nas estruturas de avaliação de recursos que visem integrar equipes de urgência e matricialidade sociofamiliar são analisadas como melhorias.<sup>303</sup>

---

<sup>300</sup> BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 16, p. 603-611, 2011, p. 606.

<sup>301</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial Estratégica**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica> Acessado em: 07 dez. 2022.

<sup>302</sup> IBGE. Projeção da população do Brasil, das Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060. **Rio de Janeiro: IBGE**, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados> Acessado em: 07 dez. 2022.

<sup>303</sup> TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko; DA GAMA, Carlos Alberto Pegolo. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System. **International Journal of Health Sciences**, v. 3, n. 3, p. 45-53, 2015, p. 46

O que se tem em vista, ante aos diversos aspectos que carecem de robustez, é de que “pesquisas sobre organização de serviços, políticas e avaliação de sistemas de saúde mental são fortemente recomendadas no país. Não existem dados firmes para mostrar o impacto de tais políticas em termos de custo-benefício dos serviços comunitários”<sup>304</sup>, da mesma forma que não há demonstrativos quanto aos resultados das políticas públicas existentes, comprovando o contrassenso de uma política implementada sem escopo analítico final.

Na ceara dos anacronismos, a Portaria no 3.588, de 21 de dezembro de 2017, ensejou um deslize. Bem sucintamente, através dessa Portaria, “foi reintroduzida na Rede de Assistência Psicossocial (RAPs) a figura do Hospital Dia, superado pela instauração dos CAPs e que resgata e valoriza as intervenções biomédicas por sobre as práticas psicossociais e de *recovery*”<sup>305</sup>.

Não obstante, a Portaria instituiu o §4º que fundou o CAPs AD IV, importante passo no enfrentamento ao crack e outras drogas, mas que abriu portas para um legitimado desvio de alocação dos recursos financeiros públicos federais para as “comunidades terapêuticas, jeito brasileiromente eufêmico de reinstaurar práticas de isolamento e de desrespeito pelas liberdades individuais, que caracterizaram ao longo da história ocidental no século XX as práticas, asilares e manicomiais”,<sup>306</sup> ramificando ainda mais o orçamento e a não fiscalização.

São aspectos como este, a dizer também, como uma superioridade de duas a três vezes nas taxas de mortalidade dessas pessoas em relação à população geral e uma expectativa de vida já bastante reduzida entre dez e trinta anos, que levaram a Organização Mundial da Saúde a pontuar a superação dessas disparidades como um dos desafios do milênio.

Os dados evidenciam a necessidade de um tratamento e acompanhamento adequado, pois no cotidiano dessas pessoas, quiçá dos familiares quando possuem,

---

<sup>304</sup> MATEUS, Mario Dinis. et al. *Op. cit.* p.6

<sup>305</sup> ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. *Op. cit.* 3

<sup>306</sup> *Idem.*

uma crise, não escolhe “acontecer” antes do CAPs, de uma APAE, de qualquer centro de acompanhamento fechar, é preciso que essa atenção 24 horas seja estendida com urgência e que comporte a população na totalidade, não centralizando nas grandes cidades, não se alterando quando a gestão política é substituída.

Situação essa de crise, que “numa perspectiva psicológica, pode ser entendida como sendo uma manifestação súbita de uma ruptura de equilíbrio preexistente”,<sup>307</sup> situação de crise pode ser desencadeada quando o sujeito, ao necessitar dar respostas frente a algumas situações da vida, não possui recursos emocionais para tal, gerando um rompimento de seu equilíbrio psíquico<sup>308</sup> por vezes culminando em um retrocesso no tratamento se anteriormente iniciado.

Crise, portanto, é o súbito momento do “aparecimento causando desequilíbrio psíquico, no qual o sujeito se encontra desprovido das competências que o levam a uma reacomodação às situações de conflito”<sup>309</sup>, o levam “a uma complexa situação existencial”.<sup>310</sup>

Por isso, “a complexidade das situações de crise não pode ser lida como um dado isolado e a própria compreensão é redimensionada em processo na continuidade da relação”,<sup>311</sup> de forma estratégica em relação ao cuidado daqueles sujeitos que são o foco dessa rede de atenção e não ao contrário.

Neste sentido, Ballarin afirma:

---

<sup>307</sup> MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ilene Izídio da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, v. 18, p. 151-160, 2013. p. 439

<sup>308</sup> MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ilene Izídio. *Op. cit.* p.439

<sup>309</sup> CARVALHO, Nerícia Regina de; COSTA, Ilene Izídio da. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. **Psicologia Clínica**, v. 20, p. 153-164, 2008. p. 154.

<sup>310</sup> BASAGLIA, F.; GALLIO, G.; DELGADO, J. A loucura na sala de jantar. **São Paulo: Resenha**, 1991. p. 55.

<sup>311</sup> NICÁCIO, Fernanda; DE SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004, p. 76.

O processo de mudança tecno assistencial em saúde depende em grande medida da mudança nos processos de trabalho. Não estamos apenas nos referindo às mudanças puramente institucionais, mas às transformações subjetivas e objetivas que abrem novos modos de se produzir cuidado, tanto em saúde mental quanto na acepção mais ampla do termo saúde, cuidado que se dá no encontro entre trabalhadores e usuários de saúde.<sup>312</sup>

Ou seja, sendo Serviços da Reforma Psiquiátrica brasileira, os Centros de Atenção Psicossocial, são considerados estratégicos para o cuidado da crise, os CAPs apontam para a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país, conforme dados retirados site de estratégia do Ministério da Saúde, posto que “os CAPs III são serviços de maior complexidade, com funcionamento 24 horas, durante todos os dias, inclusive feriados e finais de semana”.<sup>313</sup> No que se refere ainda a “rede de saúde mental, os CAPs III acolhem a crise, oferecem acolhimento noturno, proporcionam atenção integral e buscam reduzir as internações psiquiátricas”,<sup>314</sup> o problema é que nem todo Estado brasileiro pode contar com essa figura, ficando à mercê os hospitais gerais que enfrentam o dobro de impedimentos quanto ao trato da saúde mental.

Assim, o CAPs é exibido como um ambiente de referência, mecanismo que conecta o tratamento às psicoses e neuroses graves do paciente, e o destaque está no cuidado intensivo, comunitário, personalizado, a fim de promover a vida garantindo uma aposta ética, “isso porque a ideia de um cuidado personalizado implica o “paciente” em uma posição ativa frente a seu tratamento. Caberá a ele, juntamente com a equipe que lhe presta cuidados e com seus familiares, decidir o contorno de seu tratamento”.<sup>315</sup>

Decisão esta que somente pode se dar através de locais e equipes apropriadas para tal, não basta uma lei sugerir a criação, outra portaria instituir, sem

---

<sup>312</sup> BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões et al. *Op. cit.*, p. 607

<sup>313</sup> BRASIL. Ministério da Saúde (2004). **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília. n.p.

<sup>314</sup> *Idem*.

<sup>315</sup> RIBEIRO, Alessandra Monachesi. *Op. cit.*, p. 40.

que haja de fato um empenho em prol de visualizar o compromisso criado, fortemente almejado, sendo substancialmente aplicado.

Precisa haver mais pontos de convergência a fim resguardar esse cuidado, contudo o que se verifica no campo prático é o oposto, onde “a escassez de recursos materiais, o espaço físico inadequado, os diferentes tipos de vínculo empregatício e o desconhecimento do papel do CAPs por parte de alguns profissionais figuraram como obstáculos ao oferecimento do cuidado integral.”<sup>316</sup>

Neste sentido, Basaglia aponta:

(...) as relações de cumplicidade e confiança entre profissionais e pacientes representam atos terapêuticos em si, pois a escuta favorece a colocação da realidade do paciente numa perspectiva histórica, explicitando as contradições e os conflitos que se mobilizam. Estas relações estão voltadas à recomposição da identidade do paciente e da ruptura de relações que precedeu a crise.<sup>317</sup>

Por isso, a rede funciona como organismo que aprimora as ações terapêuticas, o exercício coletivo e de compreensão, “se aproximam das diretrizes estabelecidas tanto pelo SUS como pela atual Política de Humanização da Assistência à Saúde, especialmente no que se refere ao processo de constituição de uma rede articulada de cuidados em saúde”,<sup>318</sup> mas está longe de atender a demanda existente em saúde mental.

Aproximação está em atender a reclamatória, que só é possível através de recursos e agenda. Os dados mostram que houve um crescente aumento nos valores de repasses aos CAPs, acontece que essa alteração representa uma alta na atenção aos cuidados, as políticas em prol do enfrentamento do crack e outras drogas (CAPS

---

<sup>316</sup> BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões et al. *Op. cit.*, p. 6.

<sup>317</sup> BASAGLIA, F.; GALLIO, G.; DELGADO, J. *Op. cit.* p. 55.

<sup>318</sup> *Idem.*

AD), não propriamente ao cerne do que se tratam a saúde mental nos casos de transtornos e crise.<sup>319</sup>

Os CAPS III do tipo AD (álcool e outras drogas), preconizados pelo Programa, recebem 25% a mais do que o mesmo serviço de outra tipologia, induzindo assim a abertura de 59 unidades desde o início do Programa. A Portaria 131 regulamenta o custeio para as “comunidades terapêuticas” por meio de uma série de condições, referentes a estrutura, corpo técnico e formas de ingresso. Destaca-se que já se trata de um dos maiores e mais dispendiosos pontos de atenção do Programa, funcionando na contramão da Lei 10.216, o que evidencia inconsistências nas próprias normas regulatórias.<sup>320</sup>

É evidente a necessidade de estudos avaliativos e de custo-efetividade, nos serviços ofertados “ademais, a priorização quanto ao bloco de investimento e quanto ao aumento de custeio indicam a indução de um modelo e traduzem o foco atual da política, com o Programa Crack Possível Vencer (PCPV) como central e as comunidades terapêuticas como protagonistas”.<sup>321</sup>

A lacuna existente de avaliações ao nível nacional, que oportunizassem uma análise macroestrutural das políticas, é uma falta grave que o Brasil vem cometendo ante aos compromissos assumidos. Exemplo disso, fora a baixíssima inclusão das referências “relacionadas à política de saúde mental nas duas grandes iniciativas de avaliar a rede de serviços de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)”.<sup>322</sup>

Assim, ao mesmo tempo, em que as concepções e práticas dos profissionais quando apurados em questionamentos quanto as alterações cotidianas e no trato a pessoa com necessidade de acolhimento em saúde mental, demonstrar certo avanço

---

<sup>319</sup> TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko; DA GAMA, Carlos Alberto Pegolo. *Op. cit.* p. 6.

<sup>320</sup> BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões et al. *Op. cit.* p. 6.

<sup>321</sup> TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko; DA GAMA, Carlos Alberto Pegolo. *Op. cit.* p.6

<sup>322</sup> DANTAS, Clarissa de Rosalmeida; ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. *Op cit.* p. 1131.

em direção ao modelo psicossocial na atenção em saúde mental, as mesmas pessoas em diversos momentos emergem falas associadas a concepções e intervenções asilares.<sup>323</sup>

Ou seja, a disseminação do conhecimento é fundamental e essencial para haver base sólida de conhecimento específico a fim de se consagrar a almejada rede, pois muito aquém do criar um estabelecimento, um local de acolhimento, é preciso oportunizar o acesso para todos, devendo também ser este uma meta a ser alcançada e combatida por cada sujeito que compõe o atendimento, seja ele quem for.

Claro, que a criação dos locais apropriados, o aumento dos Centros de Atenção, das verbas destinadas a RAPs, mais abrangentes após a portaria, bem como, o programa de PCPV, são mecanismos que impulsionam o modelo que está sendo superado.<sup>324</sup>

O que não se pode olvidar, é que ainda há no Brasil conforme os dados apontados no capítulo anterior, locais que se quer estão resguardados por uma unidade CAPs III, ou seja, Estados, que não possuem um local apropriado destinado ao cuidado da saúde mental de funcionamento ininterrupto, entregando ao paciente a missão de encontrar um hospital geral que o atenda dignamente, sem fazer um juízo de valor, sem nenhum tipo de discriminação, como se vivessem estes num conto de fadas, posto que é o exato contrário do descrito, é que acontece quando o paciente fica à mercê de não ter sobre ele o cuidado específico que necessita.

Esse sujeito que carecem de atenção, seja por estar em um surto, em crise, ou seja, pela situação mais diversa possível em que esteja submerso na oportunidade, precisa se dirigir a um Hospital, ou por muitas vezes, como vimos se vê em diversos relatos, que este é levado pela própria polícia, a uma espécie de “internamento” a fim de conter aquela ocorrência de crise. Se em um CAPs ou RTs os profissionais já se socorrem mutuamente nas questões do “como agir”, em um Hospital Geral que em

---

<sup>323</sup> TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko; DA GAMA, Carlos Alberto Pegolo. p. 6.

<sup>324</sup> Idem.

tese, tem de possuir leitos dessa atenção necessária quando da não existência de um CAPs, não se vislumbra um tratamento adequado.<sup>325</sup>

É certo dizer, que ante a não existência de CAPs III, o impacto é deveras “negativo na oferta do cuidado à crise, na medida em que obstaculiza a atenção mais intensiva e próxima ao próprio serviço, onde como consequência, ocorre a centralização do cuidado dessas situações nos leitos hospitalares”.<sup>326</sup> “Esse dado mostra a potência que a política pública tem para induzir mudanças quando a ela se atrelam recursos e decisão política”.<sup>327</sup>

Como observado até aqui, o modelo asilar centra-se no paradigma em atenção à saúde mental, centra o cuidado nos aspectos orgânicos, por outro lado, o modelo psicossocial é diametralmente oposto, tendo como objetivo central a emancipação do paciente, como sujeito detentor de sua própria autonomia, liberdade e independência em relação a sua participação tanto na sociedade, como no tratamento que é submetido.

Desta forma, o modelo psicossocial, com essas premissas traçadas, visa corroborar através desses substantivos, no arranjo que há em relação do paciente consigo próprio, com o medicamento que utiliza, com sua família e definitivamente, com seu meio social de profissionais, que ficou demonstrado são de extrema importância para sequência e qualquer continuidade no tratamento, tanto quanto, de extrema relevância no avanço do cuidado em face da saúde mental no Brasil.

É necessário, desenvolver uma política de avaliação da implantação da expansão de serviços, caso contrário, esforço e dinheiro podem ser desperdiçados, é eminentemente urgente.

---

<sup>325</sup> Idem.

<sup>326</sup> SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021. p. 12.

<sup>327</sup> ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00156119, 2019. p. 2.

A incorporação de boas práticas em prol da saúde mental de amparo e salvaguarda em âmbito social, mais ainda, é obrigatória uma política pública, que seja instaurada e dela sobrevenham avaliações e fiscalizações a fim de entregar aquilo que o modelo adotado se propõe a fazer.

Por fim, é alarmante constatar que o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III é inadequado para atender sequer à demanda populacional atual, e muito menos à que se espera devido ao aumento da expectativa de vida. Essa situação é inaceitável, pois evidencia uma lacuna na oferta de serviços de saúde mental, comprometendo o acesso adequado e o cuidado necessário para aqueles que necessitam.

Nas palavras de Foucault, “por certo, a loucura atrai, mas não fascina”.<sup>328</sup>

---

<sup>328</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. *Op. cit.*, 23.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa analisou a positivação e desenvolvimento em saúde mental, paralela à conectividade existente na saúde coletiva, implicando na percepção a respeito da prática social e também clínica desempenhada por todos os agentes conectados ao desenvolvimento social que se objetiva no trato da pessoa com deficiência.

A magnitude da temática fica alocada na dimensão do ordenamento que fica situada a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, abordada sobre o arquétipo de um tratado de direitos humanos recepcionado pelo molde do artigo 5º, §3º da Constituição Federal, devendo ser a premissa básica, dada tamanha relevância que essa recepção traz em si, visto que, após às aprovações pelos votos dos respectivos membros de cada uma das casas do Congresso Nacional, os tratados e convenções internacionais valem em caráter de Emenda Constitucional.

Assim, dada a relevância social que a pessoa com deficiência desde o século XX busca em afetação, a fim de que possa ver seus direitos e garantias positivados ou, ao menos naquela época, reconhecidos, o que se espera anos após os movimentos que culminaram na Reforma ocorrida, é um modo de tratamento muito mais próximo de entregar a famigerada dignidade humana, a pessoa com deficiência mental e todo o contexto hodierno que essa se insere.

Como visto, na história do Brasil, leis esparsas eram tidas até o momento que ficou conhecido como o da Reforma Sanitária, onde através de questões arguidas e colocados em debate pelo então Deputado Paulo Delgado, culminaram na Lei 10.126/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Momento bastante oportuno para sancionar a lei, visto que o texto da Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas com Deficiência fora também aprovado no ano anterior, determinando no plano internacional balizas no que se refere a pessoa com

deficiência, de modo que, o movimento chegou ao Brasil culminando na Lei Antimanicomial, prevendo o aniquilamento do modelo asilar, ou ao menos em tese.

A Reforma Psiquiátrica, trouxe ainda em seu bojo, mais propriamente no Artigo 3º, que seria de responsabilidade do Estado o desenvolvimento de políticas de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde direcionadas ao cuidado da pessoa com transtornos mentais, previu ainda, que está se daria com a participação da sociedade e da família, oferecida em estabelecimento de saúde mental, compreendendo as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde a pessoa com deficiência.

Para pôr fim aos manicômios e prestar o dever legal do cuidado, ganhou importância mais ainda o modelo inaugurado em 1986 na Cidade e São Paulo, conhecido como Centro de Atenção Psicossocial – CAPs, cujo objetivo era acolher os retirados dos hospitais e promover um atendimento intensivo, diverso daquele que as pessoas com deficiência eram submetidas sob opressão.

O modelo dos Centros de Atenção Psicossocial foi se instaurando, ganhando cada um seu espaço de atuação, visto que o princípio básico era o da não internação, o CAPs foi se dividindo para melhor atender os seus pacientes, se subdivide em CAPs I, II e III, se comprometendo ao cuidado de adultos em sofrimento psíquico, o CAPsi, direcionado à clientela infanto-juvenil; e o CAPs AD II e III, resta focado no atendimento das pessoas que exibem indigências decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, auferindo este último, cada vez mais recursos em prol dessa espécie de cuidado desde sua criação mais tarde, pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.

O desenvolvimento do cuidado em saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica é brando, acompanhando o Brasil aos movimentos mundiais sobre a temática, resguardando garantias em baixa escala ao longo do tempo.

Não obstante, como visto a fim de compreender a densidade do tema, fora promulgada através o Decreto nº 6.949/2009, a Convenção das Pessoas com Deficiência, ocorrida em Nova Iorque no dia 30 de março de 2006, trazendo consigo

inúmeras transformações ao ordenamento jurídico, visto a sua recepção em caráter de Emenda Constitucional.

Desse modo, se a Constituição Federal é a lei suprema e fundamental, se é ela quem serve de parâmetro para aplicabilidade das demais normas do ordenamento, é uníssono dizer que a Convenção da Pessoa com Deficiência e seu protocolo facultativo, devem ser executados em caráter supra legal, ou seja, como estivesse no bojo da Constituição Federal brasileira, os ditames contidos em seus cinquenta artigos.

Assim, ante ao foco da não discriminação, a Convenção trouxe expiração para os modelos que já haviam se instaurado, vistas as exigências impostas pela lei 10.126/2001. Ocorre que, agora não mais se versa quanto as consequências apenas em níveis nacionais, quando do cuidado diverso do esperado com a saúde mental dos sujeitos pacientes, devido aos compromissos assumidos internacionalmente que fazem parte dos protocolos e procedimentos que advenham das políticas públicas projetadas pelo Brasil.

O que se visualiza, após a entrada em vigor da Convenção, é que esta ratifica o preceito da não discriminação, onde após dezenas de trabalho feitos pela Organização das Nações Unidas a fim de alterar as atitudes e abordagens frente as pessoas com deficiência, adverte veementemente sobre a não objetivação da pessoa e sim sua consideração como sujeito de direitos, livre para fazer escolhas e participar do seu tratamento visando o resultado mais inclusivo possível.

É nessa vertente, portanto, que surge a Lei 13.146/2015, instituída como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – Estatuto da Pessoa com Deficiência, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e de cidadania, tudo conforme a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, como resta expresso em seu Artigo 1º, parágrafo único.

Assim como a Lei Antimanicomial, o Estatuto da pessoa com Deficiência trouxe balizas ao direito a saúde e o dever do Estado em garantir assistência digna,

nesse sentido. De um lado, se aquela se referia em seu artigo 4º, que a internação, em qualquer de suas modalidades, seria apenas indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes, e que a assistência integral à pessoa com transtorno mental seria incluída em meios de tratamento em regime de internação estruturado, de outro, o Estatuto realoca agora no campo do direito à saúde, esse atendimento integral, empregando no seu Capítulo III, assegurado pelo artigo 18, caput, o dever prestacional de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

Desta forma, deslocado do campo do internamento essa assistência integral, como era tida até o Estatuto, e readequada agora com as balizas internacionais, conduzindo ao campo do cuidado a saúde dessas pessoas, visto a finalidade que se busca quanto a superação do modelo asilar, as alterações vão ganhando brado.

Embora seja inegável ante aos estudos a coexistência de ambos os modelos na prática assistencial do cuidado, o modelo que se quer superar como um todo, é aquele que foca na deficiência existente em determinado sujeito, oposto do que traz o modelo social, que veementemente frisa que o aspecto que precisa ser considerado está no meio onde se promove a vida, posto que, não há deficiência a ser superada onde o meio se encontra propício.

Tal fato, encaminha para a dificuldade central da positivação do cuidado, uma vez que essa não é a única e necessária configuração que se deve ter a fim de suprimir as práticas discriminatórias que o meio insere a pessoa com deficiência, é preciso ir além, pois o sistema é complexo e por vezes desumano, desumano no sentido mais intrínseco que a palavra emerge, como aquilo que é cruel, brutal, manipulador, ou seja, desumano ao ponto de não tem o menor respeito pelas pessoas, adjetivo este que compõe a realidade da esmagadora maioria que carece da prestação social do cuidado integral, onde embora positivado em ambas as leis, este cuidado assistencial integral se quer é ofertado a nível nacional.

A Reforma Psiquiátrica teve uma grande importância na salvaguarda dos direitos humanos e fez de sua entrada em vigor, um marco formidável na vida de cada

pessoa com deficiência, que através dela pode ver seus direitos e garantias consagrados.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, de igual modo, avançou com as premissas básicas ao acesso universal e igualitário, ocorre que, muito embora os avanços existam, no mesmo capítulo que versa sobre o dever e saúde da pessoa com deficiência, o Artigo 18º, §3º do referido Estatuto, versa sobre a capacitação profissional de quem atua e atende na linha do cuidado dessas pessoas, incitando o dever de ser garantida a capacitação inicial e continuada dos profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habilitação e de reabilitação, entretanto, está conjuntura não se encontra cumprida ante aos diversos relatos contidos nos estudos que mostram haver um descompasso entre ao preconizado na lei e os vieses muitas vezes políticos, que se inserem a Rede de Atenção Psicossocial.

Afinal, as considerações finais aqui apresentadas confirmam o que os números e estudos mostram ao longo dos anos, embora a positivação seja existente na atualidade, não significa dizer que as práticas são como devem ser, não significa mais ainda dizer, que está não efetividade advenha ante a falta de recursos financeiros, pois é um problema muito mais de agenda do Executivo, em ver aplicado o modelo social de cuidado e atenção em prol da saúde da pessoa com deficiência, do que qualquer outra questão pecuniária.

A conexão com a saúde da coletividade, sugere discussão e ampliação de inclusão acerca das práticas clínicas e sociais desenvolvidas, a fim de o entendimento das diferentes variáveis que se relacionam ao processo saúde/deficiência e o ambiente que ambas se relacionam, posto que há eminente necessidade de um desenvolvimento social explícito entre pessoa com deficiência, sociedade e os atuantes nessa rede de atenção.

Por fim, é conciso dizer que é preciso que todos os cidadãos estejam engajados em promover igualdade material, combatendo preconceitos e discriminações, e reconhecendo a importância do respeito às diferenças e da valorização da diversidade.

Logo, é correto afirmar que ações estatais voltadas à igualdade material são necessárias e justificáveis no Brasil, uma vez que visam superar as desigualdades presentes na sociedade e promover o bem-estar de todos os cidadãos, independentemente de suas origens ou condições socioeconômicas.

Ainda há muito a ser feito para que as desigualdades históricas sejam erradicadas, mas as ações afirmativas representam um importante avanço em direção a uma sociedade mais justa e igualitária, em conjunto com demais ações que visam de fato, diminuir a lacuna existente entre o contido na Constituição Federal de 1988 e o direito praticado, visando o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, como sendo essencial para a construção de uma sociedade justa e para o exercício pleno da cidadania.

## REFERÊNCIAS

ALEXY, Robert. **Teoria dos direitos fundamentais**, Tradução de Virgílio Afonso da Silva. 2ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2017.

ALMEIDA JÚNIOR, João Cauby de. Arenas de produção de políticas públicas: a nova política nacional de saúde mental. **Revista Direito GV**, v. 9, p. 659-680, 2013.

ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CEZAR, Adieliton Tavares. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. **IGT na Rede**, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016.

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**, 2001.

ALVES, Domingos Sávio. Memória da Loucura. **Instituto Franco Basaglia (IFB)**. Disponível

em <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/reforma.html#:~:text=A%20IV%20Confer%C3%Aancia%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20Mental%20%E2%80%93,de%20junho%20a%201%C2%BA%20de%20julho%20de%202010.>>. Acesso em: 10 out. 2022.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro, Fiocruz; 1995.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente & Cérebro**, v. 164, p. 30-35, 2006.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 2067-2074, 2018.

AMIN, Aleph HC; COSTA, Marcela Ferreira. A promulgação da Convenção de Viena sobre Direito dos Tratados pelo Brasil e suas implicações no direito interno. **Trabalho publicado nos Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI realizado em Fortaleza-CE nos dias**, v. 9.

AMIRALIAN, Maria LT et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000.

ANDRADE, Mariana Dionísio. Direitos humanos das pessoas com deficiência mental: tratamento institucional no contexto brasileiro. **Revista Quaestio Iuris**, v. 10, n. 2, p. 1226-1243, 2017.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Editora Intrínseca, 2019.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 16, p. 603-611, 2011.

BARBOSA, Adriana Silva. **Tecnologia assistiva e seus usuários: automóveis adaptados no Brasil**, Tese. Doutorado pelo Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2018.

BARBOSA, Estela Capelas; DE OLIVEIRA, Flávia Mendes. Inovação tecnológica em saúde: o centro de atenção psicossocial como transformação do modelo assistencial. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 180-197, 2018.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**: natureza jurídica, conteúdos mínimos e critérios de aplicação. Disponível em: [http://www.professoraanaafrazao.com.br/files/atividades\\_docentes/2018-03-21-Tema\\_V\\_Leitura\\_III.pdf](http://www.professoraanaafrazao.com.br/files/atividades_docentes/2018-03-21-Tema_V_Leitura_III.pdf). Acesso em: 20 mai. 2022, p. 23

BASAGLIA, F.; GALLIO, G.; DELGADO, J. A loucura na sala de jantar. **São Paulo: Resenha**, 1991.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política & Trabalho**, n. 40, 2014.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Cecília; TEIXEIRA, Mônica. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, v. 11, p. 21-28, 2008

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 456-468, 2008.

BRASIL, Bárbara Dayana. Direitos Humanos e Investimento estrangeiro: **perspectiva para interação**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019, p. 315.

BRASIL. **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>  
Acessado em: 07 dez. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL. **Decreto legislativo nº 186, de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm)  
Acessado em: 10 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001**. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7030.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7030.htm)  
Acessado em: 10 mar. 2022

BRASIL. **Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)  
Acessado em: 10 mar. 2022.

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. Disponível em:

<[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acessado em: 5 mar 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 8 abr. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde (2004). **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, v. 7, n. esp, 2012. n.p.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretária Executiva. **Portaria nº 175, de 23 de outubro de 2001.** Acessado em: 18 dez. 2022. Disponível em: [http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pm\\_175\\_2001.pdf#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20175%2C%20DE%2023%20DE%20OUTUBRO%20DE,no%20uso%20de%20suas%20atribui%C3%A7%C3%B5es%20legais%20e%20considerando](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_175_2001.pdf#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20175%2C%20DE%2023%20DE%20OUTUBRO%20DE,no%20uso%20de%20suas%20atribui%C3%A7%C3%B5es%20legais%20e%20considerando)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Psicossocial Estratégica.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica> Acessado em: 07 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps> Acessado em: 07 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da rede de atenção psicossocial (RAPS) no sistema único de saúde (SUS).** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/> Acessado em: 07.12.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687/MS/GM, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2006.

BREUS, Thiago Lima. Políticas públicas no estado constitucional: problemática da concretização dos direitos fundamentais pela Administração Pública brasileira contemporânea. **Belo Horizonte: Fórum**, 2007.

CAÇAPAVA, Juliana Reale; COLVERO, Luciana de Almeida; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 18, p. 446-455, 2009.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Direito constitucional. Coimbra: **Livraria Almedina**, 1993.

CARVALHO, Nerícia Regina de; COSTA, Ilene Izídio da. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. **Psicologia Clínica**, v. 20, p. 153-164, 2008.

CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental. In: **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. 1984.

CHIAPPINI, Carolina Gomes. Reflexos da Convenção de Viena sobre direito dos tratados no ordenamento jurídico brasileiro. **Revista SJRJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 30, p. 15-27, 2011.

CLÈVE, Clèmerson Merlin. A Eficácia dos Direitos Fundamentais Sociais. In: BACELLAR FILHO, Romeu Felipe; GABARDO, Emerson; HACHEM, Daniel Wunder (Coords.). *Globalização, Direitos Fundamentais e Direito Administrativo: Novas Perspectivas para o Desenvolvimento Econômico e Socioambiental*. **Belo Horizonte: Fórum**, 2011.

CONVENÇÃO Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência. 1999. Disponível em: <<https://iparadigma.org.br/biblioteca/gestao-publica-convencao-da-guatemala-de-1999-convencao-interamericana/>> Acessado em: 10 fev. 2022.

**Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:** Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2012.

DA COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Publicação Quadrimestral Editada Pelo**, v. 25, n. 58, p. 12-25, 2001.

DA SILVA MIRANDA, Anne Crystie; CABRAL, Barbara Eleonora Bezerra. Vozes da loucura: Reflexões críticas a partir de narrativas de pessoas que viveram uma internação psiquiátrica. **Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 19, p. 42-66, 2016.

DA SILVA, Otto Marques. **A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje**. Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1987.

DE ANDRADE, Mariana Dionísio. Direitos humanos das pessoas com deficiência mental: tratamento institucional no contexto brasileiro. **Revista Quaestio Iuris**, v. 10, n. 2, p. 1226-1243, 2017.

DE MENEZES, Joyceane Bezerra. O direito protetivo no Brasil após a Convenção sobre a Proteção da Pessoa com Deficiência: impactos do novo CPC e do Estatuto da Pessoa com Deficiência. **Civilistica. com**, v. 4, n. 1, p. 1-34, 2015.

DE SOUZA CANABRAVA, Danielly et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal dosurgimento do Brasil até 1934. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010.

DEL'OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência (Florianópolis)**, p. 197-220, 2017.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; GOMES, Maria Paula Cerqueira; COUTINHO, Evandro da Silva Freire. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 452-453, 2001.

DÍAZ, Esther. **La filosofía de Michel Foucault**: edición ampliada y actualizada. Editorial Biblos, 2019.

DICHER, Marilu; TREVISAM, Elisaide. **A jornada histórica da pessoa com deficiência: inclusão como exercício do direito à dignidade da pessoa humana.**

Disponível em: <[www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=572f88dee7e2502b](http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=572f88dee7e2502b)>

Acesso em: 08 dez. 2021.

DINIZ, Debora. **Modelo social da deficiência:** a crítica feminista. 2003

DORIGON, Nelci Gonçalves. **Educação e trabalho: a convocação das workhouses.** Dissertação. Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, 2006.

DOWBOR, Ladislau. Democracia econômica: alternativas de gestão social. **Petrópolis: Vozes,** 2008.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolember, DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre Loucos e Manicômios: História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Graduação: ciências humanas e sócias,** Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, nov. 2014.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 12 ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FRANÇA, Tiago Henrique. **Modelo social da deficiência:** uma ferramenta sociológica para a emancipação social. *Lutas Sociais*, v. 17, n. 31, 2013

FRANCO, Andréia. **Desacorrente-os.** Disponível em: <<https://encenasaudemental.com/personagens/desacorrente-os/>> Acesso em: 26 mai 2022.

FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. Tese. Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. **Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de Atenção Psicossocial na relação do cuidado à loucura.** Escola Nacional de saúde pública, Fio Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

FREITAS, Maria Nivalda Carvalho de. **A inserção de pessoas com deficiência em empresas brasileiras: um estudo sobre as relações entre concepções de deficiência, condições de trabalho e qualidade de vida no trabalho**. Tese. Doutorado em Administração pelo Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

GILSON, Stephen French; DEPOY, Elizabeth. Multiculturalism and disability: A critical perspective. **Disability & Society**, v. 15, n. 2, p. 207-218, 2000.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, p. 274-282, 2010.

GOMES, Joaquim Benedito Barbosa; SILVA, Fernanda Duarte Lopes Lucas da. As ações afirmativas e os processos de promoção da igualdade efetiva. **Cadernos do CEJ**, v. 24, p. 86-123, 2001.

HACHEM, Daniel Wunder. A maximização dos direitos fundamentais econômicos e sociais pela via administrativa e a promoção do desenvolvimento. **Revista Direitos Fundamentais & Democracia**, v. 13, n. 13, p. 340-399, 2013.

HACHEM, Daniel Wunder. Tutela administrativa efetiva dos direitos fundamentais sociais: por uma implementação espontânea, integral e igualitária. **Espaço Jurídico Journal of Law [EJL]**, v. 15, n. 1, p. 253-256, 2014.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 297-305, jan./fev. 2009.

IBGE. Projeção da população do Brasil, das Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060. **Rio de Janeiro: IBGE**, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados> Acessado em: 07 dez. 2022.

**Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (LAPS)**. Disponível em: <<https://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/64>> Acessado em: 09 abr 2022.

LEAL, Erotildes Mariaa.; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**, p. 137-154, 2007.

LOBO, António Costa. As Nações Unidas e os direitos humanos. **Relações Internacionais**, v. 47, p. 75-83, 2015.

HUMANOS, DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS. **Declaração universal dos direitos humanos**. Disponível em: <[https://educacao.mppr.mp.br/arquivos/File/dwnld/educacao\\_basica/educacao%20infantil/legislacao/declaracao\\_universal\\_de\\_direitos\\_humanos.pdf](https://educacao.mppr.mp.br/arquivos/File/dwnld/educacao_basica/educacao%20infantil/legislacao/declaracao_universal_de_direitos_humanos.pdf)> Acessado em: 20 abr 2022

MACHADO, Kátia. Como anda a reforma psiquiátrica. **Radis Comunicação em Saúde**, v. 38, n. 11, 2005.

MAFTUM, Mariluci Alves. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná**. Tese. Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2004.

MASIERO, André Luis. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 549-572, 2003.

MATEUS, Mario Dinis. et al. The mental health system in Brazil: policies and future challenges. **International journal of mental health systems**, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2008.

MELLO, Rosane; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery**, v. 12, p. 457-464, 2008.

MELO, Anastácia Mariana da Costa. Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012.

MELO, Juliane Andréa de Mendes Hey; BONATO, Ariadne da Silveira. Cláusula de abertura dos direitos fundamentais e status hierárquico dos tratados internacionais de

direitos humanos. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 5, n. 9, p. 274-305, 2017

MELO, Juliane Andrea de Mendes Hey; SCHIER, Adriana da Costa Ricardo. O direito à participação popular como expressão do Estado Social e Democrático de Direito. **A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 17, n. 69, p. 127-147, 2017.

MESSAS, Guilherme Peres. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 65-98, 2008.

MILL, John Stuart. Utilidade e justiça. In: MAFFETONE, Sebastiano; VECA, Salvatore (Orgs.). **A ideia de justiça: de Platão a Rawls**. São Paulo: Martins Fontes, p. 239-266, 2005.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 1-19. ago. 2008.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, Iléo Izídio da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, v. 18, p. 151-160, 2013.

MIRANDA, Anne Crystie da Silva; CABRAL, Barbara Eleonora Bezerra. Vozes da loucura: Reflexões críticas a partir de narrativas de pessoas que viveram uma internação psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 19, p. 42-66, 2016.

MIRANDA, Lilian; OLIVEIRA, Thaíssa Fernanda Kratochwill de; SANTOS, Catia Batista Tavares dos. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, p. 592-611, 2014.

MOREIRA, Ana Cristina; FOGLIA, Sandra Regina Pavani. A Evolução da Inclusão Social Trazida pela Lei 13.146/15-Estatuto da Pessoa com Deficiência e os Impactos no Direito Civil. **Revista acadêmica faculdade progresso**, v. 3, n. 1, 2017.

MUÑOZ, Nuria Malajovich et al. Incorporando histórias: a recomposição do corpo próprio na perspectiva de usuários de serviços de saúde mental. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, p. 872-886, 2014.

NICÁCIO, Fernanda; DE SOUSA CAMPOS, Gastão Wagner. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 71-81, 2004.

OLIVER, Michael. **Politics of disablement**. Macmillan International Higher Education, 1990.

OLIVER, Michael. **Capitalism, disability and ideology**: A materialist critique of the normalization principle, 1994.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00156119, 2019.

PEREIRA, Renata Vilaça; LELIS, Henrique Rodrigues. Igualdade e dignidade humana das pessoas portadoras de deficiência: reflexos da nova lei de inclusão—Lei 13.146/2015—no âmbito da saúde. **Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais**, v. 2, n. 1, p. 19-35, 2016.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. Saraiva Educação SA, 2021.

PINHEIRO, Rosalice Fidalgo; BRAZZALE, Flávia Balduino. O direito à diferença e à pessoa com deficiência: uma ruptura no regime das incapacidades. **Revista Jurídica Cesumar-Mestrado**, v. 17, n. 2, p. 323-350, 2017.

PORTUGAL. Secretariado Nacional de Reabilitação. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): Um manual de classificação das consequências das doenças (CIDID). Lisboa: SNR/OMS; 1989.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 253-271, 2014.

REZEK, Francisco. **Direito internacional público**: curso elementar. Saraiva Educação SA, 2021.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. **Psicologia USP**, v. 16, p. 33-56, 2005.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 24, p. 92-99, 2004.

RIESER, Richard. The social modal of disability. Invisible children. In: **Joint Conference on Children, Images and Disability**. 1995.

ROBLEDO, Antonio Gómez. El ius cogens internacional: **estudio histórico-crítico**.

México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2003

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, Nelson Afonso Garcia. **Do hospício à comunidade**: políticas públicas de saúde mental. Florianópolis: Ed. Letras Contemporâneas, 1994.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 18, p. 501-519, 2008.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**, 10<sup>a</sup> ed. Livraria do Advogado: Porto Alegre, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os Direitos Sociais como Direitos Fundamentais: contributo para um balanço aos vinte anos da Constituição Federal de 1988. **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, v. 20, p. 163-206, 1988.

SCHIER, Adriana da Costa Ricardo; TORRES, Fernando de Oliveira. A democracia procedimental deliberativa e a implementação de políticas públicas mais igualitárias. **Revista da Faculdade de Direito do Sul de Minas**, v. 36, n. 1, 2020.

SCHIER, Paulo Ricardo. Ensaio sobre a supremacia do interesse público sobre o privado e o regime jurídico dos direitos fundamentais. **A&C-Revista de Direito Administrativo & Constitucional**, v. 4, n. 17, p. 87-105, 2007.

SCHMIDT, João Pedro. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista do direito**, n. 56, p. 119-149, 2018.

SILVA, Otto Marques, **A Epopéia Ignorada: A Pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje**. São Paulo: CEDAS, 1987

SILVA, Virgílio Afonso da. **Direitos Fundamentais: Conteúdo Essencial, Restrições e Eficácia**. São Paulo: Malheiros. 2009.

TARTUCE, Flavio. **Alterações do Código Civil pela lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência): Repercussões para o Direito de Família e Confrontações com o Novo CPC**. Parte II, 2015.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Revista de saúde pública**, v. 51, 2017.

TRAPÉ, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko; DA GAMA, Carlos Alberto Pegolo. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System. **International Journal of Health Sciences**, v. 3, n. 3, p. 45-53, 2015.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. Direitos e garantias individuais no plano internacional. **En: Revista IIDH**, 5. San José, IIDH, p. 59-78, 1987.

UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION. **The Union of the Physically Impaired Against Segregation and the Disability Alliance Discuss Fundamental Principles of Disability: Being a Summary of the Discussion Held**

**on 22nd November, 1975 and Containing Commentaries from Each Organisation.** Union of the Physically Impaired Against Segregation, 1976.

VELÔSO, Thelma Maria Grisi et al. A reforma psiquiátrica em relatos de cuidadores de residências terapêuticas. **Saúde e Sociedade**, v. 31, 2022.

VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, p. 883-900, 2003.

VENÂNCIO, Ana Teresa Acatauassú. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, p. 35-52, 2011

VIANA, Eder de Souza. **Inclusão, integração ou inserção de pessoas com deficiência: um estudo em uma organização pública e uma organização privada da cidade de Rio Branco-Acre.** Dissertação. Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, p. 70-79, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29.35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976.** World Health Organization, 1980.