

SOFRIMENTO MENTAL E OS DESAFIOS DO DIREITO À SAÚDE

MENTAL DISTRESS AND CHALLENGES IN THE RIGHT TO HEALTH

Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima^(*)
Ludmila Cerqueira Correia^(*)

Utopia: aquilo de um mundo no qual não existisse outra coisa senão diferenças, de forma que diferenciar-se não fosse mais excluir-se.

Barthes

RESUMO

Após dez anos de vigência da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental e sobre a reformulação do modelo assistencial em saúde mental, são inegáveis os avanços no campo da saúde mental no Brasil. Diversos serviços substitutivos e novos dispositivos em saúde foram criados refletindo os princípios da reforma psiquiátrica, impulsionando novas formas de lidar com a loucura, concretizando reivindicações antigas do Movimento da Luta Antimanicomial. Este movimento, como vocalização da dor e das contradições para garantir a cidadania de significativo segmento da sociedade, reivindicou a ação do Estado nessa área, exigindo que os direitos humanos das pessoas em sofrimento mental fossem universalmente garantidos de forma indivisível e interdependente. Essa garantia implica tanto no reconhecimento da pessoa em sofrimento mental como sujeito de direito quanto na compreensão do direito de usufruir todos os direitos, não apenas o direito à saúde. O presente artigo discute os potenciais e os limites da atuação

(*) Doutora em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professora Adjunta da Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Coordenadora do Grupo de Pesquisa *Direitos humanos, direito à saúde e família* (CNPQ-UCSAL). Juíza de direito. Salvador/BA – Brasil. E-mail: <isabelmsol@gmail.com>.

(**) Mestre em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa *Direitos humanos, direito à saúde e família* (CNPQ-UCSAL). Advogada. Salvador/BA - Brasil. Texto recebido em 25.05.11. Aprovado em 18.07.11

do direito no campo da saúde mental. Essa discussão advém do reconhecimento da singularidade que o sofrimento mental imprime na pessoa, configurando as diferenças entre os sujeitos. A circunstância dessa especificidade, seja pela natureza do diagnóstico, seja pela contextualização do processo de sofrimento em área que reverbera no plano das emoções e das relações familiares, sociais e comunitárias, demanda, *de per si*, muito mais do que o reconhecimento da titularidade de direitos desses sujeitos: está a demandar avanço eficaz nas políticas públicas de saúde mental na perspectiva dos direitos humanos.

Palavras-chave:

Direitos Humanos; Família; Saúde Mental; Sociedade Civil.

ABSTRACT

Ten years after the effective date of Brazilian Law n. 10.216/2001, which provides for the protection and rights of those affected by mental disorders and the reformulation of the mental health assistance paradigm, health advancements in Brazil are undeniable. Many substitutive services and new devices in health were created, which reflected the principles of psychiatric reform and propelled new ways to treat insanity, accomplishing old claims from the Anti-Asylum Fight Movement. A medium for voicing pain and contradictions in an attempt to safeguard the citizenship of a significant segment of society, this movement claimed State action in this field, demanding that human rights for individuals suffering from mental disorders be universally protected, indivisibly and interdependently. This protection implies both the acknowledgement of mental disorder individuals as subjects of rights and the understanding of the right to enjoy all rights, not only the right to health. This article debates the potential and limits of Law in the field of mental health. This discussion stems from the acknowledgement that mental disorders affect each person uniquely, setting differences among individuals. The circumstances of this specificity, whether it be by nature of diagnostic or by contextualizing the process of suffering in an area that reverberates on emotions as well as on family, social and community ties, demand much more than the acknowledgement of these individuals as subjects of rights: they demand effective public-policy advancements in the areas of mental health and family support under the perspective of human rights principles.

Keywords:

Civil Society; Family; Human Rights; Mental Health.

INTRODUÇÃO

Conheceu o século XXI o resultado de uma mobilização internacional em torno da afirmação dos direitos humanos que já fora consagrada no ideário da Declaração de 1948. Dentre o esforço comum para superar as contradições do Pós-Guerra, construir e garantir a tangibilidade e a eficácia aos direitos sociais, destaca-se, igualmente, o empenho em relação à área da saúde. O reconhecimento de uma moldura dos direitos humanos para a leitura do direito à saúde foi crescente nas últimas décadas do século XX^{1,2,3,4}. Em nenhum momento anterior da história foi o direito à saúde foco de atenção coordenada como visto nas últimas três décadas. Tal como *Mann*⁵ identificou em face do advento da HIV-AIDS, o enfrentamento de uma epidemia não pode estar dissociado da contextualização social, política e econômica de uma dada nação. O empenho contínuo em torno do direito à saúde resultou, entre outros passos, na primeira Convenção do século XXI, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em 2006. Embora esse documento reconheça que o conceito de deficiência esteja em evolução, salienta que as pessoas com deficiência são aquelas que enfrentam impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Nessa Convenção, já homologada pelo Brasil, assim como em outros documentos internacionais, estão definidos os princípios para garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental. A Convenção⁶ reconhece a dignidade da pessoa humana e afirma o postulado da determinação sócio-histórica superando o conceito de deficiência como diferenciação dos padrões de normalidade. A nova Convenção fortalece a demanda por concepções de cuidado que superem o viés biologicista, reducionista e centrado na organicidade do sofrimento mental. No novo documento de direito internacional público está consagrado o necessário avanço afirmativo da contextualização e da construção da dignidade de cada pessoa.

(1) YAMIN, A.E. Will we take suffering seriously; reflections on what applying a rights framework to health means and why we should care. *Health and Human rights*, v.10, n.1, p. 45-63, 2008.

(2) HUNT, P.; BACKMAN, G. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health and Human Rights*, v. 10, n.1, p. 81-92, 2008.

(3) GRUSKIN, S.; DANIELS, N. Justice and Human Rights: priority setting and fair deliberative process. *American Journal of Public Health*, v. 98, n. 9, p. 1573-1577, 2008.

(4) NAÇÕES UNIDAS. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2006. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/519/97/PDF/N0651997.pdf?OpenElement>>. Acesso em: 22 abr 2011.

(5) MANN, J. Health and human rights. In: MANN, J. *Health and human rights: a reader*. London: Routledge, 1999. p. 7-20.

(6) BRASIL. *A Convenção sobre direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. Coord. Ana Paula Crosara Resende e Flávia Maria de Paiva Vital, Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

O Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, cuja origem no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental promoveu a luta pela reforma psiquiátrica, trouxe novas perspectivas para a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental. Ao longo dessa trajetória cívica na busca para superar a exclusão, o Movimento congregou a participação efetiva das pessoas que compõem esse grupo vulnerável, juntamente com os seus familiares. Da condição de objeto de intervenção psiquiátrica, os pacientes de outrora passaram a sujeitos políticos, de usuário-objeto da atenção, a usuário-ator, trazendo uma dimensão fundamental para a transformação das práticas voltadas não só à atenção e ao cuidado à saúde, mas aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais: a sua condição de sujeitos de direitos.

Nessa dinâmica de empoderamento cívico, construída mediante um protagonismo de quem ousou sair de trás do palco, integraram-se os grupos de usuários dos serviços de saúde mental, juntamente com seus familiares que, ao longo de anos, conviveram com os limites de acolhimento para seus entes queridos.

Como fruto dessa determinante mobilização, foram surgindo associações visando fortalecer a luta pela garantia de direitos. Com o advento da Política Nacional de Saúde Mental, a aprovação da Lei nº 10.216/2001 e de outros instrumentos em âmbito nacional, estadual e municipal a assimilar os princípios da reforma psiquiátrica, as entidades associativas passaram a promover o controle social das políticas públicas de saúde mental.

Na história recente do movimento da saúde mental no país, o eixo de estruturação dos novos dispositivos passou a ser o da integralidade da saúde, na perspectiva dos direitos humanos. A paisagem por vezes invisível que emoldurava o sofrimento mental, muitas vezes com um acento de morte física e de morte moral, integra, atualmente, uma outra moldura no panorama nacional. Do silêncio reticente, da dor fechada a sete chaves, ressignifica-se a força antes não permitida: a partir do processo democrático, na esteira da alfabetização para a cidadania, o movimento passa a tomar uma forma organizada, dando visibilidade às questões desse grupo, convocando outros atores sociais para uma luta que ainda está apartada de outras pautas dos movimentos sociais no Brasil.

Essa atuação política das pessoas em sofrimento mental também denota um novo sentido: a luta pela afirmação e conquista de direitos passa a fazer parte do “projeto terapêutico” de alguns sujeitos, que ressignificam o seu “estar no mundo” a partir da sua militância política em interação com as demais pessoas que estão na mesma condição, com os seus familiares e pessoas próximas, e com os dispositivos de saúde que utilizam cotidianamente. Configura-se uma construção subjetiva da identidade cidadã, uma projeção da força transformadora da mobilização social como modelagem de uma vocalização solidária. Bandeira ativa do movimento é a da garantia de direitos dentro da escala da diversidade, das singularidades desse grupo social, caminho que tem sido tortuoso a partir de algumas práticas no campo do direito. As questões jurídicas que envolvem alguns aspectos da vida dessas pessoas denotam uma série de dificuldades que

ultrapassam os limites de qualquer burocracia e se constituem como violadoras de direitos, interferindo de forma significativa na vida de alguns sujeitos. Nesse percurso, podem-se citar questões como a capacidade civil destas pessoas; a interdição judicial; a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS); o procedimento de regularização de uma associação de usuários de serviços de saúde mental, dentre outras.

O direito atua, nesse campo, como poder disciplinar de normatização, determinando que os sujeitos se enquadrem nas regras (que são gerais e abstratas) para possibilitar a garantia de direitos, sem observar as singularidades e especificidades de um grupo social que historicamente não teve acesso a nada ou a quase nada. Guarda o direito um sentido não apenas de declarar, mas também de promover, servindo para provocar mudanças institucionais e sociais. O direito, no entanto, que deveria atuar para acolher, proteger e garantir, acaba anulando as diferenças entre os sujeitos e reiterando um processo de exclusão proporcionado pela própria sociedade.

Nesse percurso, o presente artigo discute a atuação do direito em face da integralidade dos direitos humanos, considerando as pessoas em sofrimento mental sujeitos de direitos e atores políticos ativos. Para cumprir o objetivo, discute-se o processo de implementação da reforma psiquiátrica no Brasil, destacando-se os desafios em torno do discurso jurídico, reconhecendo-se que este discurso ainda serve à lógica manicomial, não promovendo, assim, a concreta realização dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental.

Pretende-se contribuir para os debates no campo da garantia dos direitos das pessoas em sofrimento mental, da conquista de novos direitos e da ampliação da cidadania desse grupo social, como um processo complexo e de questionamento constante.

I. QUAL O LUGAR DA LOUCURA?

Observando-se o tratamento que foi conferido à loucura desde a Idade Clássica, pode-se compreender qual o lugar destinado às pessoas em sofrimento mental e as consequências desse “enquadramento” para a sua vida e para toda a sociedade. O lugar corresponde a um não lugar, a uma destinação que traduz a discriminação, a apartação, convidando ao distanciamento físico e social.

Nesse sentido, vale a pena trazer a reflexão de *Sérgio Alarcon*:

Como seria possível supor algo diferente que uma integração da loucura (...) se desde a Idade Clássica (Foucault, 1978) ela se encontra formalizada por todo o peso de um complexo jogo de verdade no qual o sujeito enlouquecido que passa a ter o seu rosto objetificado no campo social tendo por base justamente uma certa ideia de incompletude – que inclusive se pode chamar doença, mas não apenas... – que nos leva a buscar não somente a expressão de uma lógica médica de sinais e sintomas, tratamento e cura; ou jurídica de periculosidade e tutela, exclusão e clausura; mas todo um emaranhado exercício de ‘salvação’ em nome da liberdade,

da tomada de consciência, da boa vontade em se repararem as maldades históricas ou as más vontades presentes – e fala-se dos direitos humanos também –, em nome, enfim, de uma humanidade que intrinsecamente não suporta a ideia de que por detrás da máscara que nos separa e segrega a loucura, pode não existir a nossa verdade mais íntima, nem nossa deficiência ontológica, nem rosto algum para além de outras máscaras possíveis?'

Desde a elaboração do conceito de alienação mental e, por extensão, de doença mental, constata-se a criação de uma categoria do negativo: “a negação necessária à constituição de uma funcionalidade ‘positiva’ que se afirmava como norma”⁸, conforme aponta *Carvalho*. Essa condição-clichê, reveladora do menos da pessoa que se debate em sofrimento mental, aprisiona a loucura em celas sociais da legitimação do abandono, do desrespeito e da falta de solidariedade. Segundo o referido autor,

*A psiquiatria não revela, encobre. Não deixa a loucura falar por si, mas a (re)constrói como objeto, significado-significante passível de enunciação, conceituação e teorização. Produz discurso sobre a loucura, fala em nome do louco, dá-lhe status patológico, prescreve intervenções e cria um campo de práticas.*⁹

O lugar específico para o tratamento da doença mental passa a ser o manicômio. Como afirma *Pessotti*, “o manicômio foi o núcleo gerador da psiquiatria como especialidade médica”¹⁰, devendo a intervenção terapêutica restituir o equilíbrio rompido pela doença mental. E a partir da segunda metade do século XIX, nas palavras de *Amarante*, “a psiquiatria passa a ser um imperativo de ordenação dos sujeitos”¹¹.

Nasce a psiquiatria como saber científico, o psiquiatra como médico especialista e o manicômio como única instituição destinada ao tratamento terapêutico da doença mental¹² e, contemporaneamente, como instrumento de defesa social do perigo que a loucura traz consigo. Como afirma *Amarante*, “as práticas psiquiátricas pretendiam muito mais intervir/assistir ao paciente, feito objeto, do que interagir com a existência-sofrimento que se apresentava”¹³.

A configuração e afirmação do manicômio como único espaço para acolher e tratar as pessoas em sofrimento mental revela, ainda, o poder disciplinar exercido pela psiquiatria sobre tais pessoas. Como coloca *Barros*:

(7) ALARCON, S. Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 25-40. p. 26-27.

(8) CARVALHO, A. M. T.; AMARANTE, P. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 41-52. p. 44.

(9) CARVALHO, op. cit., p. 46.

(10) PESSOTTI, I. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996. p. 9.

(11) AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 26.

(12) D'INCAO, M. A. Sociabilidade e doença mental. In: D'INCAO, M. A. (Org.). *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 35-41.

(13) AMARANTE, op. cit., p. 46.

*No final do processo encontramos o louco, destinatário das práticas e objeto da relação entre filantropia e medicina mental, dotado do estatuto de alienado segundo um conjunto de códigos teóricos, médicos e burocrático-administrativos.*¹⁴

No manicômio serão aplicados, concretamente, aqueles poderes institucionais voltados à disciplina e ao controle social dos sujeitos perigosos: nos futuros manicômios, os saberes não permanecerão teorias abstratas, mas irão tornar-se técnicas aplicadas e real exercício do poder disciplinar por parte da psiquiatria¹⁵.

Naquela instituição, o sujeito não era considerado como um cidadão, sendo apenas mais um internado e, logo diagnosticado, classificado e submetido ao controle e à disciplina determinados pelos médicos e funcionários que ali atuavam. Isolado no lugar destinado para legitimar a segregação, tem-se que o isolamento evidenciou ainda mais o processo de objetificação do sujeito internado, despersonalizando-o e tornando-o uma pessoa sem vontades nem estímulos. Nesse sentido, ao longo da trajetória da institucionalização da loucura, verificam-se as contradições das práticas médicas e a ineficácia daquele modelo terapêutico, centrado no hospital psiquiátrico, “organismo de tratamento”¹⁶.

Para *Silva Filho*, a positividade do alienismo “constituiu-se praticamente em responder a uma demanda social e política que objetivava controlar, sem arbítrio, a desordem social configurada no personagem do louco”¹⁷. Ainda segundo esse autor,

*o alienismo instaura uma nova relação da sociedade com o louco: a relação de tutela, que se constitui numa dominação/subordinação regulamentada, cuja violência é legitimada com base na competência do tutor ‘versus’ a incapacidade do tutelado, categorizado como ser incapaz de intercâmbios racionais, isento de responsabilidade e, portanto, digno de assistência.*¹⁸

Esse modelo ficou conhecido pela intensa violação de direitos humanos das pessoas em sofrimento mental e passou a ser questionado e combatido em vários países. Ao longo do século XX, foram empreendidos esforços para alterar a realidade asilar mediante o desenvolvimento de outros modelos de atenção capazes de promover um maior grau de interação e de democracia nas relações existentes entre os profissionais e os internos das instituições psiquiátricas. Segundo *Delgado*, a partir dos anos 1960,

(14) BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP: Lemos Editorial, 1994b. p. 35.

(15) FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

(16) FOUCAULT, M. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. p. 266.

(17) SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S. A. (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7ª Ed. Petrópolis: Vozes, coedição ABRASCO, 2001. p. 75-102. p. 91.

(18) *Id. Ibid.*, p. 91.

*a noção de reformar a psiquiatria passa a ser tributária de um nítido movimento de crítica aos pressupostos teóricos daquela instituição. A crítica ao espaço asilar torna-se condenação dos efeitos de normatização e controle da psiquiatria.*¹⁹

O advento do Movimento da reforma psiquiátrica marca um novo período, a partir do final da década de 1970, propondo a superação do modelo hegemônico de caráter excludente e discriminatório. De todos os modelos implementados ao longo desse século, apenas com a proposta da Psiquiatria Democrática, implementada na Itália, é que, de fato, se efetivou a ruptura com o hospital psiquiátrico^{20,21,22}. O modelo asilar/carcerário começou a ser substituído por uma rede diversificada de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial e comunitária.

Segundo Barros,

*A chamada Psiquiatria Democrática Italiana fez alianças com outros movimentos sociais, radicalizou a força das denúncias sobre a violência da instituição psiquiátrica. Criou, igualmente, caminhos para a desmontagem do manicômio, entendida como desconstrução de materialidades e dos saberes médico-psicológicos. Desinstitucionalizar significaria assim, para os italianos, lutar contra uma violência e lutar por uma transformação da cultura dos técnicos, aprisionados, também, a uma lógica e a um saber que não deseja uma análise histórica mais aprofundada.*²³

A noção de desinstitucionalização é destacada por *Rotelli*: “O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado”²⁴. O objetivo, portanto, era desmontar os aparatos que sustentam a doença mental, o que denota um “processo social complexo”, como coloca *Kinoshita*, pois “suscita conflitos, crises e transformações dentro da rede mais ampla das estruturas institucionais (...) nas quais o circuito psiquiátrico está inserido”²⁵. Para o movimento italiano, a psiquiatria constitui uma das instituições da violência e como tal deve ser negada²⁶.

A experiência italiana levou à desconstrução do manicômio, possibilitando a construção de uma rede de atenção, composta por centros de saúde mental,

(19) DELGADO, P. G. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992. p. 19.

(20) KINOSHITA, R. T. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA, Regina Giffoni. *Saúde Mental e Cidadania*. 2ª Ed. São Paulo: Mandacaru, 1990. p. 67-83.

(21) AMARANTE, op. cit.

(22) COSTA, A. C. F. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde; ARANHA, M. I. (Org.). *Direito sanitário e saúde pública*. Coletânea de textos. v. I, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 143-178.

(23) BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994a. p. 171-195. p. 190.

(24) ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99. p. 90-91.

(25) KINOSHITA, op. cit., p. 76-80.

(26) BASAGLIA, F. *A instituição negada*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

cooperativas de trabalho e serviços de emergência psiquiátrica, e produzindo novas formas de sociabilidade e de subjetividade para as pessoas que precisavam de assistência psiquiátrica²⁷.

No Brasil, inspirando-se no referido modelo italiano, diversos setores das áreas de saúde pública e dos direitos humanos convergiram esforços na tentativa de ruptura, construindo, como proposta alternativa, a estruturação de uma rede de serviços de atenção diária em saúde mental de base territorial, correspondente ao modelo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), cujo projeto integra os usuários as suas respectivas famílias e à comunidade²⁸. O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, constituindo-se um lugar de referência e tratamento para pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves, dentre outros, “cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário e personalizado criado para ser substituto às internações em hospitais psiquiátricos”^{29,30,31}.

A construção de uma proposta inovadora na atenção à saúde mental almeja a cidadania e a recuperação dos direitos e garantias fundamentais das pessoas em sofrimento mental. E conforme *Torre e Amarante*,

*O trajeto que compreende da saída da condição de sujeito, um corpo marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico, até a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Ao invés da cura, incitação de focos de autonomia. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito.*³²

O norteamento da reforma psiquiátrica brasileira encontra-se voltado para a busca da recontextualização das pessoas em sofrimento mental, por meio da garantia dos seus direitos e do exercício da cidadania. A referida reforma vem sendo implementada a partir da decisão política dos governantes, da capacidade

(27) ROTELLI, F.; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

(28) FARAH, M. F. S.; BARBOZA, H. B. (Org.). *Novas experiências de gestão pública e cidadania*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

(29) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

(30) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

(31) MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em saúde mental*. Org. Marta Elizabeth de Souza e Ana Marta Lobosque. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

(32) TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p.73-85, 2001. p. 81.

técnica em formular novas formas de compreender e lidar com a loucura por parte dos profissionais e da capacidade de articulação dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares. Nesse caso, é importante trazer consideração de *Carvalho Netto*:

*Fruto da luta pelo reconhecimento, travada inclusive pelos próprios afetados, organizados em movimentos sociais, a Lei nº 10.216/2001, expressa claramente a inclusão do portador de sofrimento ou transtorno mental no elenco daqueles a quem, pública e juridicamente, reconhecemos a condição de titular do direito fundamental à igualdade, impondo o respeito de todos à sua diferença, ao considerar a internação, sempre de curta duração em quaisquer de suas modalidades, posto que, necessariamente vinculada aos momentos de grave crise, uma medida excepcional ao próprio tratamento.*³³

É nessas bases que as transformações no campo da saúde mental começaram a ser operadas, embora a substituição do manicômio por serviços alternativos não tenha o condão de mudar as práticas manicomialis, como assevera *Pelbart*: “Nada disso basta se, ao livrarmos os loucos dos manicômios, mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão”³⁴. Nesse percurso, é preciso observar como a dimensão jurídico-política se apresenta para os desafios e estratégias nessa área.

II. DIREITO E DIFERENÇA: UM NÓ NA SAÚDE MENTAL ?

O direito ao longo da sua construção e afirmação se direcionou para alguns grupos sociais a partir de um tratamento policialesco e serializante, visando garantir ordem e bem-estar aos poderes estabelecidos e aos interesses e valores de grupo dominantes^{35,36,37,38}. No caso das pessoas em sofrimento mental, este tratamento conferido pelo direito foi marcado por preconceitos, estigmas e, sobretudo, por um poder disciplinar. Vale lembrar o conceito de *Foucault*: o poder disciplinar é uma forma de controle que funciona por um processo contínuo de normatização, imposição de normas aos corpos dos indivíduos, que são modelados para se tornarem produtivos³⁹.

(33) CARVALHO NETTO, M.; MATTOS, V. *O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001*. [s. l.]: Conselho Federal de Psicologia, 2005. p. 23.

(34) PELBART, P. *Manicômio Mental - A Outra Face da Clausura*. In: GUATTARI, Felix et al. *SaúdeLoucura 2*. 3ª Ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990. p. 134.

(35) AGUIAR, R. *Direito poder e opressão*. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Alfa-Omega, 1984.

(36) LYRA FILHO, R. *O que é direito*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1982.

(37) SOUSA JÚNIOR, J. G. (Org.). *Introdução crítica ao direito - Série O direito achado na rua*. v. 1. 4ª Ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1993.

(38) SANTOS, B. S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 429-61.

(39) FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 16ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

Como apontam Torre e Amarante, analisar a história da loucura remete à *análise de como a modernidade se constitui como forma de pensamento e organização social e como ela forjou uma forma de lidar com a loucura como fenômeno humano e social (...) uma análise da forma da produção de saberes e de exercício do poder sobre os sujeitos que constitui a modernidade*⁴⁰.

E o direito contribuirá para esse exercício, ao observar-se como são regulados os conflitos sociais e jurídicos da organização social e dos contratos sociais e como são negociadas as relações da “normalidade” e do “desvio”, de como são concebidas as noções de normalidade e desvio.

Por muito tempo, a loucura representou a total impossibilidade de socialização e exercício da cidadania. A forma com que as pessoas em sofrimento mental foram tratadas expressa o lugar de objetificação a elas determinado. Predominou, ao longo dos últimos séculos, uma tendência à invalidação e à estigmatização do “louco” pela sociedade e pela psiquiatria em particular⁴¹.

Vale lembrar que no processo de apropriação da loucura pela medicina “o conceito de alienação tem um papel estratégico, no momento em que se torna sinônimo de erro; algo não mais da ordem do sobrenatural, de uma natureza estranha à razão, mas uma desordem desta”⁴². Tal conceito produz um lugar para o louco, “excluído do pacto social, o lugar do sujeito da desrazão ou da ausência de sujeito – sujeito racional e responsável cívica e legalmente –, sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para tornar-se objeto do alienismo”⁴³. A alienação é entendida como um distúrbio que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social, e alienado “é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. (...) Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais”⁴⁴. Surge, para este, o mundo correccional, no qual a disciplina proporciona um retorno à razão e “o tratamento fundamental é regrar novamente, ‘dobrar’ o alienado à razão”, numa espécie de ortopedia da alma⁴⁵.

Nessa linha, a psiquiatria exerceu papel determinante, sobretudo, privilegiando a distinção entre o normal e o patológico, conforme assinala *Carvalho*:

O normal e o patológico são referências “produzidas” no registro de um saber específico e, por meio de dispositivos prático-discursivos, “produtoras” de regras (normas) que impõem ao ser vivo padrões de comportamento e de compreensão. São categorias que “não apreendem epistemologicamente uma realidade objetiva”

(40) TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 73-85, 2001. p. 74 e 81.

(41) GALENDE, E.; KRAUT, A. J. *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

(42) TORRE, E. H. G, op. cit., p. 81. p. 74.

(43) Id. *Ibid.*, p. 75.

(44) Id. *Ibid.*, p. 74-75.

(45) Id. *Ibid.*, p. 75.

(Canguilhem, 1990:53), mas constroem e impõem certas formas de olhar, perceber, enunciar, diagnosticar etc.⁴⁶

A psiquiatria contribuiu muito para que a sociedade entendesse que “o louco é perigoso”, que “lugar de louco é no hospício”, que “o doente mental é irracional”, dentre outros preconceitos⁴⁷. E toda essa construção influenciou o arcabouço jurídico no trato com estas pessoas. Desde o primeiro instrumento normativo voltado à atenção específica ao *louco*, a lei de 1838 na França, verifica-se a intenção de construir um status jurídico específico para este sujeito. Naquele período, compreendia-se que, para uma pessoa ser considerada livre, era necessário fazer escolhas, desejar e decidir, atributos não alcançados por um “alienado”, patologizando, assim, a relação dos operadores jurídicos com este segmento.

Como afirma *Amarante*,

Na realidade, o problema das instituições psiquiátricas revelava uma questão das mais fundamentais: a impossibilidade, historicamente construída, de trato com a diferença e os diferentes. Em um universo das igualdades, os loucos e todas as maiorias feitas minorias ganham identidades redutoras da complexidade de suas existências. Opera-se uma identificação entre diferença e exclusão no contexto das liberdades formais e, no caso da loucura, o dispositivo médico alia-se ao jurídico, a fim de basear leis e, assim, regulamentar e sancionar a tutela e a irresponsabilidade social.⁴⁸

No Brasil, no campo normativo, *Carvalho Netto* salienta que existe uma falta de atenção das constituições anteriores em relação aos “direitos fundamentais do portador de sofrimento mental”, e acrescenta:

o portador de sofrimento mental não mais poderia ter a sua cidadania desconhecida; a eles deveria ser reconhecido o respeito a sua condição de ator da construção da cidadania, ou seja, a garantia da sua titularidade aos direitos fundamentais, exatamente na mesma medida em que são direitos da titularidade de todos os cidadãos.⁴⁹

Além disso, acerca da legislação sobre assistência psiquiátrica e direitos das pessoas em sofrimento mental, pode-se afirmar que o seu conjunto começa com o decreto imperial de 18 de julho de 1841, que funda a psiquiatria institucional e estatal no país, indo até o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, tendo, nesse intervalo, sido elaborados 16 decretos referentes a tais pessoas⁵⁰.

É somente na Constituição Federal de 1988 que estão presentes as potencialidades dos direitos fundamentais para a promoção da dignidade das pessoas em sofrimento mental. Tal Constituição Federal estabelece que o Brasil constitui-se um Estado democrático de direito e tem como um dos seus

(46) CARVALHO, A.M.T.; AMARANTE, P. op. cit., p. 44

(47) AMARANTE, P., 2008, op. cit., p.71.

(48) AMARANTE, P., 1998, op. cit., p.48.

(49) CARVALHO NETTO, M.; MATTOS, V. *O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. p. 22-23.

(50) DELGADO, P. G. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

fundamentos a dignidade da pessoa humana. No seu Art. 5º, elenca diversos direitos fundamentais, salientando que todos são iguais e garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país o direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança. Ademais, no seu Art. 3º, a Constituição relaciona como objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: “a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; reduzir as desigualdades sociais; e promover o bem de todos, sem preconceitos”. E no seu Art. 6º, expressa os direitos sociais formalmente reconhecidos pelo Estado brasileiro. Nesse sentido, todos os direitos nela previstos devem ser garantidos às pessoas em sofrimento mental.

Porém, a legislação civil e penal no Brasil ainda não assimilou diversos dos direitos constitucionalmente assegurados, tendo em vista que até hoje se baseia em procedimentos que reduzem tais pessoas a um mero diagnóstico, sem considerar os seus desejos e modos de estar no mundo. É o que ocorre nas perícias para aferir o grau de sua responsabilidade civil ou a sua imputabilidade penal, e, ainda, para subsidiar a interdição judicial, prevista no Código de Processo Civil. O trabalho de perícia cível baseia-se, principalmente,

no enquadre nosográfico da doença mental em detrimento das capacidades singulares do indivíduo, pois ao perito é delegada a função de traçar o diagnóstico (qual doença o acomete?) e estabelecer o prognóstico (segundo características próprias do quadro sintomático o indivíduo poderá ou não recuperar a dominância de seus atos?).⁵¹

Esse procedimento reforça a instituição médica e psiquiátrica como saber credenciado, e “ao propor categorias estanques diagnósticas para a compreensão da capacidade civil se apagaria duas vezes o indivíduo: uma pela possível perda de seus direitos civis, outra pela supressão da subjetividade e possibilidade de reger a vivência de determinados direitos.”⁵². Predomina, assim, um conjunto de aparatos administrativos, normativos, disciplinares, científicos, coerentes com o velho estatuto epistemológico da “doença mental”.

Como sustenta *Carvalho*,

Aprender a diferença exclusivamente com base em referências patológicas ou psicopatológicas é inseri-la nesse registro e fechar possibilidades. Assumir a “diferença-ação” como um processo motor de transformação é questionar (no nível dos saberes e das práticas) o modelo ainda hegemônico que nos faz compreendê-la como ponta de um processo que evolui à doença ou mesmo à morte (ao menos, à ‘morte civil’).⁵³

Assim, o objetivo não é anular as diferenças entre os sujeitos, mas pontuar que estas diferenças é que irão balizar o tratamento diferenciado visando à

(51) TILIO, R. A querela dos direitos loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.17, n.37, p. 195-206, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n37/a04v17n37.pdf>>. Acesso em: 22 abr 2011. p. 203.

(52) Id. *Ibid.*, p. 203.

(53) CARVALHO, op. cit., p. 50.

garantia de direitos a grupos historicamente excluídos. Como acentua Piovesan, o sujeito de direito concreto deve ser visto “em sua especificidade e na concretude de suas diversas relações”.⁵⁴ Esse tratamento se relaciona com a tradição histórica dos direitos humanos, no que se refere à garantia do direito de igualdade, orientando a formulação de políticas específicas para esses grupos sociais.

A Constituição Federal de 1988 prevê que “todos são iguais perante a lei” (Art. 5º, LIV). Entretanto, trata-se de igualdade formal, que precisa ser materialmente realizada, com o reconhecimento de direitos desse grupo social, com a edição de leis e formulação, bem como implementação de políticas públicas voltadas a sua realização, assimilando as suas singularidades. Nas palavras de Barros, “A igualdade somente pode colocar-se no campo jurídico quando o sujeito é convocado a responder pelo seu ato no tecido social e inserir a singularidade de seu texto ao responder pelos princípios universais que orientam a convivência na cidade”.⁵⁵ Para esta autora, a medida jurídica somente atingirá seu fim público se for criada a partir de um projeto que contemple a singularidade de cada caso, a partir de princípios universais.

Conforme aponta Scott (*apud Vasconcelos*), “a noção de igualdade é política, pois pressupõe um acordo social para considerar pessoas diferentes como equivalentes em relação a dado aspecto específico, e não como idênticas em si mesmas”.⁵⁶

Apenas no ano de 2001, com a aprovação da Lei nº 10.216, o ordenamento jurídico brasileiro começa a avançar no sentido de garantir os direitos das pessoas em sofrimento mental, tendo em vista que, até então, tanto o Código Civil como o Código Penal brasileiros, além da legislação sobre assistência psiquiátrica, apresentavam dispositivos ultrapassados e inadequados à integração destas pessoas a sua comunidade, como ainda hoje, no que tange à incapacidade, prevista no Código Civil de 2002, e à medida de segurança, estabelecida no Código Penal de 1940, incluindo a periculosidade atribuída a tais pessoas. Porém, não se pode olvidar que embora a referida lei tenha trazido conquistas importantes, ainda fazem-se necessárias reformulações drásticas e consistentes na legislação cível, penal e administrativa, para que impulsionem novas práticas e conceitos sobre sofrimento mental, capacidade de entendimento/discernimento e ação, cuidado e tratamento, para que os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental sejam garantidos. Nesse caso, “a garantia dos direitos é entendida como a possibilidade de usar determinados

(54) PIOVESAN, F. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 178.

(55) BARROS, Fernanda Otoni de. Democracia, liberdade e responsabilidade: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.) *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 112-136. p. 129.

(56) VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 169-194. p. 182.

mecanismos previstos nos instrumentos legais da ordem jurídica vigente para lograr o direito pretendido⁵⁷.

Tem avançado, no Brasil, um processo de reforma psiquiátrica baseada nos conceitos de dignidade humana e de inserção social das pessoas em sofrimento mental, que vem operando promissoras mudanças na assistência psiquiátrica. Busca-se o desenvolvimento de novas práticas de atenção à saúde mental, que se propõem a efetivar a desinstitucionalização, promovendo o fortalecimento de serviços alternativos inseridos no contexto descentralizado do Sistema Único de Saúde. *Vizeu* aponta que na reforma psiquiátrica também se preconiza a inserção da pessoa em sofrimento mental nos espaços sociais dos quais antes ela era privada⁵⁸. Segundo este autor, “tal fato indica existir um reconhecimento desse ator como sujeito ativo e competente, ao contrário do que ocorre na lógica burocrática, em que o paciente é tido como um objeto a ser manipulado pelos especialistas”.⁵⁹

Acerca desse processo, *Torre* e *Amarante* assinalam:

*O trabalho de desinstitucionalização leva, necessariamente, à produção de um novo tipo de subjetividade, que permita a manifestação do devir-louco sem interditar sua expressão, sem regulá-lo no jogo das sanções institucionais e legais ou objetificá-lo, fazendo com que se desistorize e deixe de ser um sujeito. É a produção de um novo lugar para a subjetividade louca, o estabelecimento de uma nova relação com ela, e a criação de fissuras na serialização psiquiátrica. Para isso é preciso a tomada de um sentido para a própria existência e da produção de sua própria singularidade.*⁶⁰

Diante desses pontos, é importante destacar que a questão do tratamento baseado na exclusão não repercute apenas no campo da saúde. O que resta claro é que essa forma de tratar a pessoa em sofrimento mental como objeto vai repercutir sobremaneira na sua vida e nas demais relações com o meio social, chegando ao ponto de não ter direitos reconhecidos, ou, uma vez reconhecidos, diversos deles serem violados ou não garantidos no cotidiano.

O direito é chamado a responder em diversas situações, configurando-se como um campo bastante plural na medida em que envolve muitas áreas (questões cíveis, penais, trabalhistas, administrativas, dentre outras). Quando estas questões são levadas para o campo da saúde mental, a situação se torna mais complexa, devendo-se observar algumas peculiaridades, e qualquer tipo de categorização “é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social”.⁶¹

(57) LIMA, I. M. S. O. *Direito à Saúde: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes - estudo de caso*. 2002. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002. p. 89.

(58) VIZEU, F. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 33-49, jan./abr., 2005.

(59) *Id.* *Ibid.*, p. 47.

(60) TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. *op. cit.*, p.82.

(61) AMARANTE, P. *op. cit.*, p. 19.

Nesse sentido, é a partir do direito à igualdade, do direito à liberdade e também do direito à diferença e do respeito à diversidade que se faz necessário oferecer uma atenção diferenciada às pessoas em sofrimento mental. Conforme sustenta Santos⁶², existe “a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades”. Desse modo, é preciso adotar, ao lado das políticas universalistas, políticas específicas, “capazes de dar visibilidade a sujeitos de direito com maior grau de vulnerabilidade, visando ao pleno exercício do direito à inclusão social”⁶³.

Vasconcelos traz contribuição importante nessa discussão, quando coloca a possibilidade de um sujeito autor de processos de subjetivação e individuação que não seja sujeitado aos poderes disciplinares de normatização. Nessa perspectiva, propõe

*a constituição de um Sujeito como vontade de liberdade e de aliança à razão como força crítica, como ferramenta dos novos movimentos sociais que tomam a defesa do Sujeito como forma de denunciar as formas de poder que submetem a razão aos seus interesses, mas sem abrir mão do direito à diferença.*⁶⁴

Sérgio Alarcon acrescenta que a questão dos processos de subjetivação e singularização diz respeito não apenas aos

*modos pelos quais cada sociedade produz seus componentes, todos adequados às suas engrenagens, mesmo quando desviantes – pois toda desordem se diz a partir de uma ordem –, mas também sobre a disposição ou a brecha pela qual nos constituiríamos como sujeitos livres.*⁶⁵

No campo da saúde mental, é imperioso restabelecer a relação da pessoa com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade da palavra; abrir as portas; produzir espaços de interlocução; liberar os sentimentos; restituir ou garantir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade⁶⁶. Para tanto, Vasconcelos propõe uma “exigência ética aos profissionais de respeito à singularidade do louco, que funciona também como forma de propor à sociedade confrontar as diversas formas de exclusão subjetiva que realiza em todo o tecido social”⁶⁷.

Assim, se por um lado o direito passou a reconhecer a titularidade de direitos das pessoas em sofrimento mental, ele mesmo age de forma uniforme para negar tais direitos, desconsiderando os processos de subjetividade relacionados a estas pessoas.

(62) SANTOS, B. S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 458.

(63) PIOVESAN, op. cit., p. 31.

(64) VASCONCELOS, E. M. op. cit., p. 184.

(65) ALARCON, S. Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In: AMARANTE, P. op. cit., p. 37.

(66) ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

(67) VASCONCELOS, E. M. op. cit., p. 182.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destina-se o direito a garantir a dignidade humana que se traduz como expressão (ou espírito) da pessoa – culturalmente entendida – e reúne em si a totalidade dos valores e o “supremo critério axiológico. O valor individual de cada ser humano existe, justamente, na medida em que ele participa deste paradigma (...). É nessa acepção [de *telos* aristotélica] que o conceito de pessoa aparece como um norte a orientar toda a vida ética”⁶⁸.

No entanto, conforme lembra *Carvalho*, o sistema do direito continua atuando com instrumentos, teorias e matrizes epistemológicas “não condizentes com o novo modelo de Estado e sociedade, fato que repercute numa profunda dificuldade de tomada de decisões na solução dos novos e complexos problemas apresentados ao direito na Pós-Modernidade”⁶⁹.

É necessária uma verdadeira alteração estrutural e paradigmática no campo do direito, renegociando e reconstruindo um pacto social, uma nova forma de convivência e a conseqüente mudança dos seus mecanismos legais, a partir da revisão de toda a legislação, pois tanto o Código Civil, o Código de Processo Civil, o Código Penal, o Código de Processo Penal, como, ainda, outras leis e normas estão repletos de referências e procedimentos prejudiciais às pessoas em sofrimento mental e representam obstáculos significativos ao exercício da cidadania delas. Como exemplo, tem-se a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), já que é restrito a pessoas com diagnóstico de deficiência mental e, de acordo com as regras atuais, o beneficiário não pode exercer nenhuma atividade profissional (nem mesmo nos projetos de geração de renda ou economia solidária e nas cooperativas), constituindo, portanto, um obstáculo a estratégias de inclusão social.

Como pontuam *Torre* e *Amarante*, é preciso “abrir mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental, e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo.” Ou seja, “não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades”⁷⁰.

Torre e *Amarante* apontam, ainda, para a desmontagem político-social da construção do lugar da diferença como um lugar inferior e do papel social destinado ao alienado, ressaltando que

o protagonismo começa com a crítica dos lugares que se quer produzir; fundamentalmente, dois lugares possíveis: o de paciente, demente, alienado, tutelado e dependente ou o de sujeito político, de direito, que debate o tratamento e a instituição,

(68) COMPARATO, F. K. *Rumo à justiça*. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 55.

(69) CARVALHO, D. W. Ecologização do direito: racionalidade reflexiva e risco. In: SCHWARTZ, G. (Org.). *A saúde sob os cuidados do direito*. Passo Fundo: UPF, 2003. p. 81.

(70) TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. op. cit., p. 80.

*que participa e interfere no campo político. A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político.*⁷¹

Sendo assim, o direito não pode ser expresso sem observar a dimensão construtora de possibilidade de relações com as diferenças, visando à melhoria da qualidade de vida e à transformação das relações sociais produtora de “mais sofrimento”. Daí a importância de mudar as relações de poder, as relações entre as instituições e as pessoas, de romper todo o sistema punitivo-coercitivo, enfim, de resgatar a singularidade de cada um. Isso passa pela luta pelos direitos civis contra o estigma, a discriminação e a tutela; a luta contra a segregação e estigmatização da pessoa em sofrimento mental e pela recuperação de sua capacidade de decidir sobre os destinos de sua vida (em caso de tutela).

Ainda que as diferentes culturas tenham concepções diversas de dignidade humana, a noção de dignidade e de direitos humanos está ligada ao conjunto de valores mais importantes em cada sociedade, comungando com o sentido imperante de justiça⁷². São aqueles valores que prevalecem no meio social e sem os quais as sociedades acabam perecendo, fatalmente, no processo de desagregação⁷³.

Diante desse processo de normatização social e legal que desconsidera as diferenças de cada um, cabe ressaltar que as pessoas têm direito à diferença, e cada pessoa se define e se afirma por algo de singular que a constitui⁷⁴. Nesse sentido, busca-se garantir a liberdade de escolha, o direito à autonomia e à autodeterminação, e à independência pessoal das pessoas em sofrimento mental. Só assim pode ser garantida a sua dignidade, superando-se o sofrimento da invisibilidade como pessoa e como cidadão.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. *Direito poder e opressão*. 2ª Ed. São Paulo: Ed. Alfa-Omega, 1984.

ALARCON, S. Aos homens de boa vontade: estudos sobre sujeição e singularidade. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 25-40

(71) Id. *Ibid.*, p. 84.

(72) DALLARI, S. G. direito Sanitário: fundamentos, teoria e efetivação. In: ALTH, F. et al (Org.). *Direito Sanitário: Saúde e direito, um diálogo possível*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010, p. 43-71.

(73) COMPARATO, F. K. A afirmação histórica dos direitos humanos. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

(74) LOBOSQUE, A. M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

BARROS, D. D. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994a. p. 171-195.

BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP: Lemos Editorial, 1994b.

BARROS, Fernanda Otoni de. Democracia, liberdade e responsabilidade: o que a loucura ensina sobre as ficções jurídicas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 112-136.

BASAGLIA, F. *A Instituição negada*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. *A Convenção sobre direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. Coord. Ana Paula Crosara Resende e Flavia Maria de Paiva Vital. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, A. M. T.; AMARANTE, P. Forças, diferença e loucura: pensando para além do princípio da clínica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 41-52.

CARVALHO, D. W. Ecologização do direito: racionalidade reflexiva e risco. In: SCHWARTZ, G. (Org.). *A saúde sob os cuidados do direito*. Passo Fundo: UPF, 2003.

CARVALHO NETTO, M.; MATTOS, V. *O novo direito dos portadores de transtorno mental: o alcance da Lei 10.216/2001*. [S. l.]: Conselho Federal de Psicologia, 2005.

COMPARATO, F. K. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 2ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

_____. *Rumo à justiça*. São Paulo: Saraiva, 2010.

COSTA, A. C. F. direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento

- de Gestão da Educação na Saúde; ARANHA, M. I. (Org.). *Direito sanitário e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 143-178. (Coletânea de textos. v. I.)
- DALLARI, S. G. direito Sanitário: fundamentos, teoria e efetivação. In: AITH, F. et al (Org.). *Direito Sanitário: Saúde e direito, um diálogo possível*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010, p. 43-71.
- DELGADO, P. G. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- D'INCAO, M. A. Sociabilidade e doença mental. In: D'INCAO, M. A. (Org.). *Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 35-41.
- FARAH, M. F. S; BARBOZA, H. B. (Org.). *Novas experiências de gestão pública e cidadania*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 16ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- _____. *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- _____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GALENDE, E.; KRAUT, A. J. *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
- GRUSKIN, S.; DANIELS, N. *Justice and Human Rights: priority setting and fair deliberative process*. *American Journal of Public Health*, v. 98, n.9, p.1573-1577, 2008.
- HUNT, P.; BACKMAN, G. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health and Human Rights*, v.10, n.1, p. 81-92, 2008.
- KINOSHITA, R. T. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA, Regina Giffoni. *Saúde Mental e Cidadania*. 2ª Ed. São Paulo: Mandacaru, 1990. p. 67-83.
- LIMA, I. M. S. O. *Direito à saúde: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes - estudo de caso*. 2002. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.
- LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001
- _____. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- LYRA FILHO, R. *O que é direito*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1982.
- MANN, J. Health and human rights. In: MANN, J. *Health and human rights: a reader*. London: Routledge, 1999. p. 7-20.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em saúde mental*. Organização de Marta Elizabeth de Souza e Ana Marta Lobosque. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006.

NAÇÕES UNIDAS. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2006. Disponível em: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/519/97/PDF/N0651997.pdf?OpenElement>>. Acesso em: 22 abr 2011.

PELBART, P. *Manicômio Mental - A Outra Face da Clausura*. In: GUATTARI, Felix. et al., *SaúdeLoucura 2*. 3ª Ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990. p. 131-8.

PESSOTTI, I. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996.

PIOVESAN, F. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos. *SUR Revista internacional de direitos humanos*, São Paulo, ano 1, n.1, p. 21-47, 1º semestre, 2004.

ROTELLI, F.; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

SANTOS, B. S. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p. 429-61.

_____. *Pela mão de Alice*. 10ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S. A. (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 75-102. (co-edição ABRASCO).

SOUSA JÚNIOR, J. G. (Org.). *Introdução crítica ao direito - Série O direito achado na rua*, v. 1. 4ª Ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1993.

TILIO, R. A querela dos direitos: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v.17, n. 37, p. 195-206. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n37/a04v17n37.pdf>>. Acesso em: 22 abr 2011.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 73-85, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, Empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 169-194

VIZEU, F. A instituição psiquiátrica moderna sob a perspectiva organizacional. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 33-49, jan./abr., 2005.

YAMIN, A. E. Will we take suffering seriously; reflections on what applying a rights framework to health means and why we should care. *Health and Human Rights*, v.19, n.1, p.45-63, 2008.