

Dinâmicas de Influência do  
Sistema Interamericano de  
Direitos Humanos na aprovação da  
Reforma Psiquiátrica Brasileira

# O Direito Internacional e o Processo Legislativo Brasileiro

Adriano Alberto Smolarek



A presente obra se propõe a verificar a existência de uma relação de influência entre o Caso Damião Ximenes Lopes versus Brasil tramitado perante o Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos por violação de prerrogativas de Direitos Humanos constantes da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, e o processo legislativo de tramitação do Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica, nas duas Casas do Congresso Nacional. A pesquisa possui natureza qualitativa, descritiva e exploratória, tendo como procedimentos metodológicos a pesquisa bibliográfica e documental. A partir das inferências construídas ao longo do percurso metodológico, os resultados do estudo permitem apontar que houve influência do caso Damião Ximenes Lopes versus Brasil tramitado perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos em relação ao processo legislativo de tramitação e aprovação da Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.



## **O Direito Internacional e o Processo Legislativo Brasileiro**

## *Direção Editorial*

---

Lucas Fontella Margoni

## *Comitê Científico*

---

**Prof. Dr. João Irineu de Resende Miranda**  
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edina Schimanski**  
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

**Prof. Dr. Jean Cesar Ditzz de Souza Ribeiro**  
Universidade La Salle (UNILASALLE)

**Prof. Dr. Lenir Aparecida Mainardes da Silva**  
Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

**Prof. Dr. Adriano Beiras**  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

# **O Direito Internacional e o Processo Legislativo Brasileiro**

**Dinâmicas de Influência do Sistema Interamericano de  
Direitos Humanos na aprovação da Reforma Psiquiátrica Brasileira**

Adriano Alberto Smolarek



**Diagramação:** Marcelo A. S. Alves

**Capa:** Carole Kümmecke - <https://www.behance.net/CaroleKummecke>

**O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.**



Todos os livros publicados pela Editora Fi estão sob os direitos da [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR) [https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

SMOLAREK, Adriano Alberto

O Direito Internacional e o processo legislativo brasileiro: Dinâmicas de Influência do Sistema Interamericano de Direitos Humanos na aprovação da Reforma Psiquiátrica Brasileira [recurso eletrônico] / Adriano Alberto Smolarek -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

197 p.

ISBN - 978-85-5696-772-5

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. Direitos humanos. 2. Direito internacional. 3. Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos. 4. Reforma sanitária brasileira. 5. Reforma psiquiátrica brasileira. I. Título..

---

CDD: 300

Índices para catálogo sistemático:

1. Sociologia                      300

Dedico esta obra a todos aqueles que conseguem enxergar no outro a extensão do seu próprio ser e que percebem na multiplicidade a riqueza da humanidade.



Uma época sem paixão não tem valores.

**Søren Kierkegaard**



## Agradecimentos

Antes de tudo quero registrar que devo este trabalho, que chega às mãos do estimado leitor, a uma miríade de pessoas que pretensiosa ou despreziosamente, me auxiliaram a trilhar os tortuosos caminhos da academia, até aqui. Dentre tantas importantes contribuições pessoais, das quais passaria facilmente vários dias relatando, listo abaixo as que diretamente influenciaram a construção desta obra.

Aos meus pais, Alvaro e Marici, que me educaram sobre a vida e me conduziram até aqui. Obrigado sempre pelo “Grande Atlas” da minha infância. Aquilo me auxilia até hoje. Obrigado por todos os momentos.

A Salomé, que representa - sem receio ou comedimento -, o mais lindo, fraterno, dadivoso e maravilhoso acaso que a vida já pôde, algum dia, me presentear. Que compartilha a vida e os sonhos comigo e me faz a existência restar muito mais leve. Obrigado. Te amo.

Ao meu orientador e amigo, Prof. João Irineu de Resende Miranda, que confiou nas inquietudes deste contumaz observador internacionalista transformando-o pesquisador. Felizes os pesquisadores do Direito e, sobretudo, do Direito Internacional, que enriquecem com tanto conhecimento. Bebi água da fonte mais limpa! Obrigado.

A minha coorientadora, Prof. Edina Schimanski, pela parceria, pela confiança, pelos ensinamentos e pela comunhão de ideias em prol de uma sociedade mais justa e inclusiva.

A todos os Professores do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (PPGCSA-UEPG).

Aos meus colegas de jornada, especialmente, Walter, Ane e Clis, pela fonte inesgotável de desprendimento e pelo espírito de equipe, que possibilitaram chegar a este momento de modo mais célere quando os caminhos se emaranhavam uma e outra vez.

A todos os amigos e alunos que compartilham do idealismo que nos inquieta e nos move adiante. Que lhes seja útil!

Muito obrigado!

## Lista de siglas

<b>AGU</b>	Advocacia-Geral da União
<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>ARENA</b>	Aliança Renovadora Nacional
<b>ASEAN</b>	Associação de Nações do Sudeste Asiático
<b>CADHP</b>	Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CAS</b>	Comissão de Assuntos Sociais
<b>CCJC</b>	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
<b>CEJIL</b>	Centro pela Justiça e o Direito Internacional
<b>CEME</b>	Central de Medicamentos
<b>CIPLAN</b>	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
<b>CIS</b>	Comissão Interinstitucional de Saúde
<b>CRIS</b>	Comissão Regional de Saúde
<b>CLIS</b>	Comissão Local de Saúde
<b>Comissão IDH</b>	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
<b>Convenção ADH</b>	Convenção Americana de Direitos Humanos
<b>CONASP</b>	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
<b>Corte EDH</b>	Corte Europeia de Direitos Humanos
<b>Corte IDH</b>	Corte Interamericana de Direitos Humanos
<b>CSSF</b>	Comissão de Seguridade Social e Família
<b>CVDT</b>	Convenção de Viena sobre Direito dos Tratados
<b>DATAPREV</b>	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
<b>DCIDH</b>	Demanda da Comissão Interamericana à Corte Interamericana
<b>DUDH</b>	Declaração Universal dos Direitos do Homem
<b>FAS</b>	Fundo de Assistência à Saúde
<b>FGTS</b>	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>FUNABEM</b>	Fundação Nacional do Bem-estar do Menor
<b>IAP</b>	Instituto de Aposentadorias e Pensões
<b>IAPAS</b>	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>LBA</b>	Fundação Legião Brasileira de Assistência
<b>MDB</b>	Movimento Democrático Nacional
<b>MNLA</b>	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
<b>MPAS</b>	Ministério da Previdência e Assistência Social

<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MTSM</b>	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
<b>NAPS</b>	Núcleos de Apoio Psicossocial
<b>NOB/91</b>	Norma Operacional Básica nº1 de 1991
<b>OEА</b>	Organização dos Estados Americanos
<b>OHCHR</b>	Office of the High Commissioner for Human Rights
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OPAS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>PAIS</b>	Programa de Ações Integradas de Saúde
<b>PC do B</b>	Partido Comunista do Brasil
<b>PDS</b>	Partido Democrático Social
<b>PDT</b>	Partido Democrático Trabalhista
<b>PFL</b>	Partido da Frente Liberal
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PIASS</b>	Programa de Interiorização de Ações de Saúde
<b>PIS</b>	Programa de Integração Social
<b>PLC</b>	Projeto de Lei da Câmara
<b>PLUS</b>	Plano de Localização de Serviços de Saúde
<b>PMC</b>	Projeto Montes Claros
<b>PMDB</b>	Partido da Mobilização Democrática Nacional
<b>PNASH</b>	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos
<b>PND</b>	Plano Nacional de Desenvolvimento
<b>PP</b>	Partido Popular
<b>PPA</b>	Plano de Pronta Ação
<b>PRH</b>	Programa de Reestruturação Hospitalar
<b>PSB</b>	Partido Socialista Brasileiro
<b>PSDB</b>	Partido da Social Democracia Brasileira
<b>PT</b>	Partido dos Trabalhadores
<b>PTB</b>	Partido Trabalhista Brasileiro
<b>REME</b>	Renovação Médica
<b>SGP</b>	Sistema Global de Proteção
<b>SINPAS</b>	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
<b>Sistema IDH</b>	Sistema Interamericano de Direitos Humanos
<b>SNDM</b>	Serviço Nacional de Doenças Mentais
<b>SUDS</b>	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UEPG</b>	Universidade Estadual de Ponta Grossa
<b>UCA</b>	Unidade de Cobertura Ambulatorial
<b>US</b>	Unidade de Serviço
<b>USAID</b>	Agência Norte-americana para o desenvolvimento internacional

# Sumário

<b>Prefácio.....</b>	<b>17</b>
João Irineu de Resende Miranda	
<b>Introdução .....</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo 1.....</b>	<b>27</b>
<b>O Caso Damião Ximenes Lopes como Fato-objeto</b>	
1.1 - Fato-objeto .....	28
1.2 - O Local.....	32
<b>Capítulo 2 .....</b>	<b>36</b>
<b>Do Direito Internacional dos Direitos Humanos como instrumento</b>	
2.1 - A Proteção Internacional contemporânea em matéria de Direitos Humanos .....	37
2.2 - A Internacionalização dos Direitos Humanos .....	39
2.3 - Surgimento e multiplicação dos Sistemas Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos.....	43
2.4 - Sistema Global de Proteção.....	45
2.5 - Sistemas Regionais de Proteção.....	49
2.6 - O Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos .....	52
2.7 - A Convenção Americana de Direitos Humanos .....	57
2.8 - Comissão Interamericana de Direitos Humanos.....	59
2.9 - Corte Interamericana de Direitos Humanos .....	65
<b>Capítulo 3 .....</b>	<b>71</b>
<b>O Caso Damião Ximenes Lopes versus Brasil no Sistema Interamericano de Direitos Humanos</b>	
3.1 - Submissão do Caso Damião Ximenes Lopes ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos.....	72
3.2 O Caso Damião Ximenes Lopes perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos .....	76

<b>Capítulo 4 .....</b>	<b>94</b>
<b>As Políticas de Proteção Social no Estado Brasileiro (1964 – 1993)</b>	
4.1 - Políticas Sociais do Governo Militar entre 1964 e 1973 .....	97
4.2 - Políticas Sociais do Governo Militar entre 1974 e 1979.....	102
4.3 - Movimento Sanitário.....	107
4.4 - Políticas Sociais do Governo Militar entre 1979 e 1985 .....	112
4.5 - Políticas Sociais do Período entre 1985 a 1990 .....	119
4.6 - Dinâmica de implementação da Reforma Sanitária.....	128
<b>Capítulo 5 .....</b>	<b>136</b>
<b>Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e os Direitos Humanos no Brasil</b>	
5.1 – Saúde Mental no Império.....	139
5.2 – A Saúde Mental na Primeira República até o Regime Militar.....	142
5.3 – O Paradigma Basagliano e a institucionalização da Reforma Psiquiátrica.....	149
5.4 – A luta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira .....	153
5.5 – O Projeto de Lei “Paulo Delgado” de 1989 – Da Câmara ao Senado Federal .....	161
5.6 – O Caso Damião Ximenes e o Projeto de Reforma .....	169
5.7 – A efetivação da Reforma Psiquiátrica .....	175
<b>Considerações finais.....</b>	<b>181</b>
<b>Referências.....</b>	<b>188</b>

## Prefácio

Para muitos pesquisadores brasileiros ao longo do tempo o estudo do Direito Internacional têm sido um desafio. As dimensões continentais do país e o relativo isolamento cultural e sociopolítico brasileiro fizeram com que, durante muitas décadas, o Direito Internacional fosse destinado apenas a áreas muito específicas, enquanto os problemas inerentes ao Direito Internacional Público permaneceram restritos aos círculos da Diplomacia e da análise das Relações Internacionais. Embora o processo de internacionalização dos direitos humanos tenha incentivado a pesquisa do Direito Internacional no Brasil, principalmente no período após a Ditadura Militar de 1964, a postura historicamente refratária de nossos Tribunais Superiores às obrigações internacionais assumidas pelo país da mesma forma localizaram o estudo e a pesquisa ao Direito Internacional dos Direitos Humanos, a pouco mais que um assunto de interesse acadêmica. A Emenda Constitucional n. 45 é um marco em um processo de requalificação do antigo Direito das Gentes em solo brasileiro, nos últimos 15 anos.

Embora o Brasil tenha se inserido tarde no processo de Globalização o país não passou de forma indene às profundas transformações que a onda globalizante trouxe para as sociedades, em especial neste momento em que um novo padrão tecnológico começa a potencializar as relações globais. A padronização, veiculada por normas internacionais, de tecnologias, processos e produtos é pressuposto para relações internacionais e para a própria inteligência artificial que muitas vezes rege essas relações. Assim, mesmo sem possuir de forma evidente uma sanção ou um tribunal que as utilize as normas internacionais passam a reger nossos padrões de convivência global, sob as mais variadas formas. Informação, economia, lazer e cultura encontram-se integradas e reguladas a partir de uma mesma sociedade global, bem como uma opinião pública internacional,

cada vez mais atenta e menos sujeita a manipulações, formando assim, um espaço público internacional, no qual uma sociedade civil multifacetada atua de forma autônoma aos controles dos Estados.

Deste modo, mais do que uma matéria importante dentro de uma determinada área do conhecimento, o Direito Internacional hoje, na grande área das Ciências Sociais Aplicadas, pode ser metodologicamente entendido como uma forma de se abordar um tema e contextualizá-lo, compreendendo o fenômeno social a partir da influência sofrida direta ou indiretamente sofrida pelo Estado em determinada situação. É esta a proposta que o Professor Adriano Smolarek traz nesta obra, ao analisar a influência que a atuação da Corte Interamericana de Direitos Humanos no Caso Ximenes Lopes teve sobre o Estado brasileiro na aprovação da reforma do sistema manicomial em nosso país.

Sob uma perspectiva multidisciplinar, Smolarek realiza uma resgate histórico do tratamento dado aos chamados “loucos” do início da Idade Contemporânea, quando a Revolução Industrial traz o problema dos indivíduos que não conseguiam se inserir em sua organização social, até as discussões nos anos 60 do século passado, as quais resultaram no movimento da reforma sanitária. Focando o Brasil, a obra ressalta as contradições de nosso modelo de saúde pública e a árdua caminhada empreendida pelos defensores da Reforma Sanitária em nosso país, pela busca por dignidade humana para os pacientes e um período de severas restrições a direitos civis e políticos.

Por fim, demonstra, que mesmo a redemocratização do Brasil não foi capaz de, já nos anos 90, vencer o lobby da indústria da saúde em nosso país, e atualizar o tratamento às doenças mentais em nosso país aos novos padrões internacionais. Neste período, quase por acaso, a partir de uma tragédia vivenciada por uma mãe que tem seu filho morto devido a um espancamento em uma manicômio no interior do Ceará, o sistema interamericano de Direitos Humanos é acionado por uma denúncia que expõe as atrocidades cometidas nos manicômios brasileiros, em especial contra a população de baixa renda.

Em um trabalho exaustivo de pesquisa, o Professor Adriano Smolarek sai em busca de projetos de lei, documentos e notícias de época, investigando os pontos de contato entre a trajetória do Caso Ximenes Lopes perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos e os meandros dos Poderes Legislativo e Executivo brasileiros, rumo à concretização (relutante) da Reforma Manicomial em nosso país. Globalização e direitos humanos se unem nesta obra que narra o drama secular vivenciado pelos pacientes de patologia mental em nosso país. Boa leitura!

Ponta Grossa, março de 2020

João Irineu de Resende Miranda

Doutor em Direito pela Universidade de São Paulo - USP.

Professor do curso de Direito e Coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG

## Introdução

A internacionalização dos direitos humanos constituiu importante tendência jurídica observada desde o fim da Segunda Guerra Mundial. Ela se prestou, entre outras coisas, a estabelecer por meio de tratados e convenções de cunho internacional, padrões mínimos em matéria de proteção e resguardo dos Direitos Humanos, após a barbárie assolar boa parte do planeta.

A Comunidade Internacional, de modo abrangente, se vinculou a tais documentos, gerando a tendência e o compromisso de internalização destes temas, por meio das legislações domésticas. Diversos países assim fizeram, tal qual a República Federativa do Brasil, que insculpiu no bojo de sua Constituição Federal, além de um extenso ról de direitos fundamentais em espécie, como reflexo daquilo que se instituía no plano internacional.

No artigo 4º da Carta Magna, ficaram definidos os princípios que regem o Estado brasileiro em suas relações internacionais. Entre estes, figuram a prevalência dos direitos humanos; a defesa da paz; a solução pacífica de conflitos; entre outros. Uma clara influência do que se resguarda no plano internacional em matéria de Direitos Humanos e em completa afinação com o anseio transformador da Constituição Cidadã que, ao ser posta em vigor, inaugurava nova ordem jurídica, após os anos da Ditadura Militar.

A vinculação do Estado Brasileiro aos principais documentos e convenções internacionais, sobretudo, os relacionados com a proteção de direitos humanos, inscreve este, por honra ao princípio da boa-fé (*pacta sunt servanda*), ao dever de resguardo e de estrito cumprimento das prerrogativas prescritas, não podendo, inclusive, alegar a existência de lei ou norma constitucional de natureza interna para escusar-se à aplicação daquelas.

No ambiente internacional, além da instituição através de convenções e demais documentos de natureza escrita, a internacionalização dos direitos humanos formou também tendência relativa ao estabelecimento de instituições de fiscalização do cumprimento das regras inseridas nos documentos relativos ao tema, e ainda, tribunais internacionais que julgariam, com base no direito internacional, os estados violadores do marco jurídico dessa proteção, sancionando os violadores à devida reparação ou eventual dano causado.

O Brasil, vincula-se a diversos organismos desta natureza, atualmente. Dentre tais, figura o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, que é composto pela Comissão Interamericana e a Corte Interamericana, que fiscaliza o fiel cumprimento da Convenção Americana de Direitos Humanos.

As decisões provenientes de órgãos e tribunais internacionais costumam produzir sua eficácia, via de regra, levando a uma movimentação endógena do Estado, ou em outros casos, produzindo reflexos diversos em demandas provenientes da sociedade civil, nos mais diversos espaços sociais, inclusive no que diz respeito aos poderes constituídos, como no caso da aprovação do Projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A relação de influência e mesmo de eficácia das decisões internacionais oriundas de Tribunais Internacionais não é objeto frequente de análise das Ciências Sociais. Muito se estuda as decisões de organismos internacionais temáticos, como a Organização Mundial do Comércio ou a Organização Internacional do Trabalho, mas poucas análises se destinam à influência causada por Casos tramitados ou julgados por Sistemas Internacionais de Proteção a Direitos Humanos, como no caso do Sistema Interamericano.

O Caso Damião Ximenes Lopes, aqui analisado, vincula-se à necessidade de Reformulação da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, materializada pelo projeto de Lei de Reforma Psiquiátrica. Tal Reforma, deriva de um processo de séculos de relegação do referido tratamento a

instituições, mecanismos e meios não razoáveis para o fim terapêutico desejado.

Desde antes do império, era preferível excluir o louco do convívio social devido as peculiaridades de sua doença do que permitir que vagasse a esmo pelas ruas. Com o advento da República, o tratamento passa a ser institucionalizado, a partir de técnicas centradas no alienismo e instituições manicomiais, asilares, que submetiam os doentes a um panorama de total vulnerabilidade e descaso.

Com a Revolução de 1930, Getúlio Vargas institui através do Decreto-Lei Nº 24.559/1934, a primeira legislação de âmbito nacional para a “Política de Profilaxia Mental”, calcada no paradigma da instituição asilar, manicomial, por tempo indeterminado. Atribuindo aos médicos psiquiatras a responsabilidade de avaliar e julgar o tempo necessário de tratamento de cada paciente.

Com o advento do Golpe Militar em 1964, novas diretrizes foram instituídas. O tratamento psiquiátrico passou a ser amplamente transferido à iniciativa privada, gerando a multiplicação de hospitais psiquiátricos privados, credenciados e remunerados pelo governo, sob a égide da legislação getulista. A população paciente desta política governamental aumentou exponencialmente, gerando a multiplicação de instituições e a terceirização completa desta política pelo Estado.

Neste panorama de aumento das instituições hospitalares manicomiais, o Estado não garantia a efetiva fiscalização institucional e terapêutica, a que os pacientes eram submetidos. Assim, inúmeros casos de denúncias de maus-tratos, violações e tortura foram verificados em tais instituições.

Um dos casos paradigmáticos de violação e barbárie a que se tem notícia, aconteceu no Hospital Colônia de Barbacena – Minas Gerais que foi fundado em 1903, contava com capacidade para 200 leitos, e albergava em média de 5.000 mil pacientes em 1961, ficou conhecido pelo “genocídio” em massa ocorrido especialmente entre as décadas de 60 e 80 em que se calcula o total de sessenta mil mortos (ARBEX, 2013, p. 205).

A partir da década de 70, surgiram os primeiros anseios públicos, através de associações de classe, pela reformulação do modelo terapêutico utilizado no Brasil. No entanto, a luta pela Reforma Psiquiátrica, iniciada nessa época, estava vinculada a outra demanda, mais abrangente, em um processo conhecido como Reforma Sanitária, que objetivava a criação de um Sistema de Saúde em que a universalização e o atendimento gratuito fossem a regra para o Estado, e não mais a outorga a instituições privadas que prestavam serviço ao Estado. Desde a década de 70, ambas as correntes de pensamento caminharam conjuntamente. A Reforma Sanitária, dada sua abrangência e influência, conseguiu, através da pressão dos movimentos sociais e da presença de intelectuais e especialistas, insculpir na Constituição Federal de 1988 a criação do Sistema Único de Saúde, representando a consumação de seu objetivo principal. Mas, embora vinculadas, mesma sorte não assistiu ao Movimento que lutava pela Reforma Psiquiátrica. As demandas do Movimento Antimanicomial não foram encampadas pelos augúrios da nova ordem constitucional.

A luta pela Reforma Psiquiátrica se originou a partir de dois argumentos principais. O primeiro, vincula-se a um novo padrão terapêutico, surgido na década de 70, calcado nos ideais da Psiquiatria Democrática Italiana, desenvolvido por Franco Basaglia que propugnava a construção de serviços alternativos aos manicômios, que possibilitassem a reinserção dos pacientes no ambiente social. O segundo, era a precarização das condições de trabalho dos profissionais da saúde mental e as inúmeras denúncias de violações, agressões, estupros, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, verificadas nas grandes instituições psiquiátricas brasileiras.

Sob a difusão do Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial começam a ocorrer, em diversos estados brasileiros, congressos e encontros decisivos que deram origem à trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira. No entanto, até mesmo após a redemocratização do estado brasileiro e a inauguração de uma nova ordem jurídico-constitucional, o paradigma

terapêutico manicomial continuava prevalecendo no que tange às instituições privadas, gerando lucratividade aos proprietários de hospitais e produzindo violações de pacientes em larga escala.

Diante da inação do Estado e necessidade de modificação deste paradigma violatório, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial sugeriu ao Deputado Federal Paulo Delgado (PT-MG) a proposição de um Projeto de Lei que modificasse a lógica do tratamento, tornando-o humanizado e sem que o manicômio fosse a regra para sua instituição. O Projeto, que ficou conhecido como Projeto da Reforma Psiquiátrica, tramitou no Poder Legislativo Federal de modo lento, entre 1989 até o ano 2001.

A lenta tramitação do projeto no legislativo federal e a exposição aos lobbies dos agentes interessados, tanto na aprovação como na manutenção do *status quo*, demonstravam o embate inerente à questão. Sua culminação, neste momento histórico do processo legislativo, refletia à conjuntura de décadas de ingerência governamental, por um lado, e de insatisfação e inconformidade profissional e da sociedade civil, por outro. Ou seja, o projeto ficou exposto ao atravancamento legislativo embasado por interesses técnico-financeiros por um lado e ideológicos, por outro.

Na segunda metade deste período de tramitação legislativa, ocorre a morte de Damião Ximenes Lopes, portador de transtornos psiquiátricos, por maus tratos, nas dependências da Casa de Repouso Guararapes, instituição credenciada pelo Estado para prestar atendimento psiquiátrico, em Sobral, Ceará. A inação estatal, na investigação dos fatos e a conjuntura tendente ao não esclarecimento das responsabilidades individuais, levou a família de Damião, a submeter denúncia do Caso por violação da Convenção Americana de Direitos Humanos ao Sistema Interamericano. O Caso, aceito perante a Comissão, foi investigado e posteriormente submetido à Corte Interamericana de Direitos Humanos, onde o país foi pela primeira vez, condenado e responsabilizado internacionalmente pela violação.

Todo este retrospecto, destacando movimentação do Sistema Interamericano, amplamente difundida pela mídia nacional e internacional, que produziu a tomada de medidas nunca antes vistas no Estado Brasileiro,

como o reconhecimento da responsabilidade do Estado Brasileiro pela violação que resultou da morte de Damião Ximenes Lopes, nos leva ao questionamento que norteia a pesquisa: o Caso Damião Ximenes Lopes, tramitado e processado perante o Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos influenciou a tramitação legislativa do Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica?

Desta forma, visando alcançar o objetivo geral de verificar a existência de uma relação de influência entre o Caso Damião Ximenes Lopes no processo legislativo de tramitação do Projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileira, constituíram objetivos específicos, descrever o fato morte de Damião Ximenes Lopes ocorrido na instituição credenciada pelo Estado para prestar tratamento psiquiátrico “Casa de Repouso Guararapes”; demonstrar a existência de Sistema Internacional de Proteção aos Direitos humanos construído a partir de sua internacionalização; descrever a tramitação do Caso Damião Ximenes Lopes perante o Sistema Interamericano; identificar a reforma sanitária como agente transformador do panorama da saúde pública geradora de outras dinâmicas reformadoras; expor o panorama histórico nacional em matéria de tratamento psiquiátrico de modo a contextualizar a reforma como movimento social e a proposição de um projeto de lei capaz de sua materialização, dividimos a obra da seguinte maneira.

No Primeiro Capítulo foi abordado o fato-objeto gerador da discussão proposta: a morte de Damião Ximenes Lopes e; a instituição privada, credenciada pelo Estado para prestar atendimento desta natureza.

No Segundo Capítulo, por necessário, descreve-se a internacionalização dos Direitos Humanos após a Segunda Guerra Mundial, verificando a tendência da criação de documentos e órgãos internacionais de respeito à temática, bem como, de fiscalização e sancionamento dos Estados que violassem tais prerrogativas, como o Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos.

No Terceiro Capítulo, o Caso Damião Ximenes Lopes perante o Sistema Interamericano foi analisado, dando a prevalência para os

argumentos trazidos pelo estado brasileiro ao justificar os fatos e as ações decorrentes de sua ocorrência.

O Quarto Capítulo relata a conjuntura nacional no que tange ao respaldo dado pelas políticas de seguridade social desde o início do Regime Militar (1964) até as efetivas medidas governamentais de implantação da Reforma Sanitária, no processo de transição, consubstanciada no estabelecimento do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição de 1988, até o início das medidas governamentais práticas, em prol de sua efetivação em 1993.

O Quinto Capítulo aborda propriamente a Reforma Psiquiátrica, desde a conjuntura imperial do tratamento efetivado até o momento da proposição do Projeto de Lei auspiciador das mudanças necessárias. Neste capítulo ao discorrer sobre o processo legislativo foi abordada a relação de influência do Caso Damiano Ximenes Lopes em sua aceleração e aprovação.

## Capítulo 1

### O Caso Damião Ximenes Lopes como Fato-objeto

A perspectiva, como apontou Ortega Y Gasset, é um dos componentes da realidade, e por isso mesmo, longe de ser uma deformação da realidade, constitui na verdade a forma específica de sua organização. Cada vida é, por isso mesmo, um ponto de vista sobre o universo.

**Celso Lafer**

O presente capítulo tem por objetivo descrever as circunstâncias da morte de Damião Ximenes Lopes na Casa de Repouso Guararapes no município de Sobral, estado do Ceará, e abordar a condição terapêutica e jurídica da Casa de Repouso na época dos fatos (1999 a 2000), tendo em vista ser este o evento central sob o qual se constitui a discussão proposta na presente obra. Através dele se depreende a luta pela responsabilização internacional do estado brasileiro utilizando-se do Sistema Interamericano de Direitos Humanos. A possibilidade desta responsabilização pode ter representado influência na redistribuição das forças envolvidas no processo de aprovação da Reforma Psiquiátrica, gerando consequências.

Associado aos fatos e circunstâncias da morte de Damião Ximenes Lopes, o presente capítulo busca também demonstrar os motivos, justificativas e a metodologia utilizada no processo de sistematização dos dados utilizados.

Neste sentido, foi realizado processo de revisão de literatura e análise das peças processuais que compuseram a tramitação do Caso Damião Ximenes Lopes versus Brasil, em que, as ponderações dos órgãos do Sistema Interamericano; as alegações dos representantes das vítimas, e, sobretudo, os argumentos trazidos pelo Estado, dada a oficialidade e a fé-pública de

suas manifestações ante a Corte Interamericana de Direitos Humanos, tiveram premência.

Para trazer o leitor ao *locus* de inferência da influência representada, a pesquisa transita ainda por dois momentos singulares do contexto de lutas políticas e sociais do estado brasileiro que foram as lutas pela Reforma Sanitária, culminada com a instituição do Sistema Único de Saúde, e, posteriormente, por indissociável à luta pela promoção e proteção dos direitos humanos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A investigação se vale do estudo bibliográfico primário de fontes como textos históricos e doutrinários nacionais e internacionais; artigos científicos e o material relativo ao trâmite do Caso Damião Ximenes Lopes para buscar os argumentos que interligam este ao processo de aprovação e implantação da Reforma Psiquiátrica.

### **1.1 - Fato-objeto**

Damião Ximenes Lopes, brasileiro, nasceu em 25 de junho de 1969 no Estado do Ceará, tinha 30 anos e residia no município de Varjota, localizado a 70 quilômetros do município de Sobral, Estado do Ceará.

Durante a infância, não teve nenhum sinal de alteração de comportamento ou doença psiquiátrica. Na década de 80, em virtude de supostas agressões cometidas por seu pai, que lhe submetia a castigos físicos de toda ordem, em que inclusive lhe gerou um traumatismo crâneo-encefálico, ele passou a apresentar sinais de alteração comportamental. Posteriormente, Damião passou a apresentar transtornos psiquiátricos de origem orgânica, decorrente das alterações no funcionamento de seu cérebro (BORGES, 2009, p. 27). Tais transtornos, primeiramente, lhe causavam retração anímica, sonambulismo e depressão, e com o transcorrer do tempo, evoluiu, apresentando sinais de descontrole e agressividade consigo e outrem. (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 15 -17).

De acordo com o relatório psiquiátrico preparado pela médica Dra. Lídia Dias Costa, juntado ao processo examinado pelo Sistema Interamericano de Direitos Humanos a doença de Damião “foi piorando, e apresentava crises ocasionais: parecia mais retraído, isolava-se do que ocorria a seu redor, sorria sem motivo aparente, e em algumas ocasiões tinha discursos desconexos”. Um psiquiatra diagnosticou que estes sintomas enquadravam-se dentro de uma situação geral conhecida pela psiquiatria como “quadro psicótico”, que causava habitualmente mais sofrimento e isolamento da pessoa doente de seus padrões normais de comportamento (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 15 - 16).

No ano de 1995, Damião apresentou o primeiro quadro considerável de crise psicótica e teve de ser internado na Casa de Repouso Guararapes, localizada no município de Sobral - Ceará, que era a única clínica credenciada junto ao Sistema Único de Saúde para prestar atendimento especializado na área de psiquiatria naquela região. O tempo a que esteve submetido ao tratamento manicomial com total privação de liberdade foi de aproximadamente dois meses. Nesta ocasião, ao retornar da clínica, Damião embora estivesse “melhor” e com medicação contínua e regular, apresentou feridas nos joelhos e tornozelos (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 17).

No final do mês de setembro de 1999, Damião apresentou nova crise do transtorno psicótico que possuía. Em 1º de outubro de 1999, a Senhora Albertina Ximenes, mãe de Damião deslocou-se juntamente com este, até a Clínica de Repouso Guararapes, no município de Sobral, para uma consulta, que não ocorreu devido à ausência de um médico (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 17). Temendo que se retornasse à casa, o quadro clínico de Damião se agravasse, a Senhora Albertina optou por solicitar o internamento de Damião na Clínica (CEJIL, ESPECIFICAÇÃO DE PROVAS E DOCUMENTOS, 2005, p. 6). Após informados, primeiramente, que não havia vaga para o internamento, aguardaram por mais algumas horas até que as portas da instituição se abrissem.

Damião “adentrou à Clínica [para internamento] em perfeito estado físico, caminhando sozinho”. Ao ingressar uma funcionária da instituição o teria indagado: voltou Damião? Ao que ele assentiu. Neste momento, a Senhora Albertina deixou a Clínica para retornar ao município de origem. Tais fatos foram corroborados por diversas testemunhas, enfermeiros, médicos e pelo relatório de Investigação Administrativa elaborado pela Secretaria de Saúde e Previdência Social do Município de Sobral (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 17 – 18).

Entre a tarde do dia 1º de outubro de 1999 e o dia 3 de outubro daquele ano, Damião sofreu uma crise, que logrou ser contida através da utilização de medicamentos. Já calmo, solicitou que lhe retirassem a contenção que a equipe de enfermeiros lhe havia colocado, tendo inclusive se alimentado, normalmente, sem auxílio dos profissionais. Portanto, indicando que Damião, não tinha lesões físicas aparentes até aquele momento. (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 18).

No dia 04 de outubro de 1999, por volta das 09 horas, a Senhora Albertina Ximenes compareceu até a Clínica de Repouso Guararapes para visitar seu filho. Nesta ocasião, o porteiro da instituição afirmou que Damião não tinha condições de visita. Ela teve de entrar forçosamente, buscando por seu filho tendo encontrado o rapaz, sangrando pelo nariz, com a cabeça inchada e olhos fechados, com as mãos amarradas nas costas e com odor a excremento. Ao buscar auxílio com o médico da clínica, Doutor Francisco Ivo de Vasconcelos, que não a atendeu prontamente, foi informada que o filho “tinha lutado muito com os enfermeiros, e que perdeu muito sangue” (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 18). Sobre esse momento, consta do relato feito por Albertina perante o Ministério Público Federal, citado pela Demanda da Comissão Interamericana perante à Corte Interamericana que:

“Encontrou seu filho deitado no chão de um dos quartos, completamente desnudo, e ainda com as mãos amarradas para trás. Que nesse momento o enfermeiro disse que ele já tinha se acalmado, que não deveria movê-lo pois agora estava calmo. Que a depoente [Albertina] resolveu ir para sua casa para

buscar alguém que pudesse ajudá-la nessa situação, pois já não sabia o que fazer. Que ao sair disse a uma enfermeira que partia com o coração na mão. Que a depoente saiu correndo pois tinha muito medo de que alguém atentasse contra sua vida por ter visto que haviam matado seu filho. [...] que ao chegar em casa encontrou-se com sua sogra que lhe disse que havia um recado do hospital, que eles queriam falar com ela. Que quando chegaram ao hospital outro médico lhes disse que sentia muito mais tinha que lhe contar que seu filho havia morrido” (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 18).

Damião Ximenes Lopes, faleceu por volta das 11h30 de segunda-feira, 04 de outubro de 1999, na Clínica de Repouso Guararapes. Apesar dos hematomas em diversas partes do corpo, sangramento nasal, roupas rasgadas, o médico responsável pela Clínica, fez constar como *causa mortis* apenas “parada cardiorrespiratória”, sem citar hematomas e demais sinais corporais, não solicitando a feitura de autópsia (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 19).

Os familiares consternados com toda a situação solicitaram a realização de autópsia na cidade de Fortaleza, a 232 quilômetros de distância, tendo em vista que o Instituto Médico Legal do município de Sobral era presidido pelo próprio Doutor Francisco Ivo de Vasconcelos [que era o próprio Diretor da Casa de Repouso Guararapes] (CEJIL, ESPECIFICAÇÃO DE PROVAS E DOCUMENTOS, 2005, p. 7). A autópsia feita em Fortaleza, citada pela Demanda da Comissão Interamericana perante à Corte Interamericana, trouxe no laudo:

Exame Externo: Escoriações localizadas na região nasal, obro direito, parte anterior dos joelhos e no pé-esquerdo, equimoses localizadas na região “orbital” esquerda, ombro lateral e punhos.

Exame Interno: não observamos sinais de lesão traumática externamente; tem edema pulmonar e congestão, sem outras alterações macroscópicas de interesse médico legal nos demais órgão destas cavidades. Enviamos fragmentos de pulmão, coração, estômago, fígado, rim para exame histopatológico, que concluiu por edema e congestão pulmonar, hemorragia pulmonar e discreta esteatosis hepática moderada.

Conclusão: tendo em vista o exposto acima, concluímos que se trata de morte real de causa indeterminada (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 20).

Apesar de inúmeros edemas corporais, a conclusão do laudo de autópsia, restou inconclusivo, ao que o Ministério Público requereu ao Delegado de Polícia que fosse informado pelos peritos se as lesões poderiam ter sido consequência de golpes ou empurrões sofridos pela vítima. Os peritos, por sua vez, ao responder definiram que “as lesões descritas haviam sido provocadas por ação de instrumento contundente (ou por múltiplos golpes ou por múltiplos empurrões) não sendo possível afirmar o modo específico” (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 21).

Várias testemunhas entre agentes de limpeza e enfermeiros da Clínica de Repouso Guararapes contaram suas versões para os fatos. Alguns deles confessaram a ocorrência de uma “briga” com Damião.

Em 07 de novembro de 1999, a Delegacia de Polícia de Sobral, mediante Portaria, iniciou o Inquérito Policial a respeito dos fatos. Esta investigação foi concluída em 25 de fevereiro de 2000. Em 27 de março de 2000 o Ministério Público denunciou penalmente os Senhores Sergio Antunes Ferreira Gomes (proprietário da clínica); Carlos Alberto Rodrigues dos Santos (auxiliar de enfermeiro); André Tavares do Nascimento (auxiliar de pátio); e Maria Salete Moraes Melo de Mesquita (enfermeira), imputando-lhes o delito de maus tratos seguido de morte (Art. 136, §2º, Código Penal Brasileiro) (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 23). Também foram ajuizadas ações de natureza cível de indenização por danos morais tendo como autora a Senhora Albertina em prejuízo da Casa de Repouso Guararapes.

## **1.2 – O Local**

A Casa de Repouso Guararapes, instituição privada de tratamento psiquiátrico foi criada em 1974 em pleno Governo Militar, e credenciada pelo Estado Brasileiro a integrar o Sistema Único de Saúde – SUS, consistia na única instituição hospitalar com leitos para internação de pessoas com

transtornos mentais em toda a região de Sobral, Ceará (CEJIL, SOLICITAÇÃO DE ARGUMENTOS E PROVAS, 2005, p. 08).

Tratava-se da única opção para o atendimento psiquiátrico daquela região, devido à inexistência de instituições, mesmo de caráter ambulatorial para atendimento das pessoas com transtornos mentais. À época dos fatos, a Casa de Repouso contava com 54 leitos, embora auditoria feita em 05 de novembro de 1999 pelo Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica, posteriormente a morte de Damião tenha verificado a presença de 63 pacientes, e que esse panorama era recorrente e acontecia já há anos (CEJIL, SOLICITAÇÃO DE ARGUMENTOS E PROVAS, 2005, p. 08).

A morte de Damião Ximenes Lopes na Casa de Repouso Guararapes em circunstâncias duvidosas não foi a primeira. A instrução do Caso tramitado perante o Sistema Interamericano demonstrou que antes de Damião ocorreram pelo menos duas outras mortes violentas que “incluíram golpes na cabeça com objetos contundentes” nas vítimas “pacientes da instituição” e uma situação reiterada de violência e de instigação à ela por parte dos enfermeiros contra os pacientes, envolvendo lutas e enfrentamentos físicos diversos (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 11 – 12).

Em especial menção, ressalta a Comissão Interamericana ao submeter o caso à Corte, ao apontar o depoimento do Diretor Clínico da Casa de Repouso, Dr. Francisco Ivo Vasconcelos que os registros de reclamações feitas pelos pacientes ou por familiares sobre o tratamento dispensado

Eram efetuados ao próprio declarante, que dependendo da natureza da reclamação as dirigia à enfermeira Salete ou para o Diretor Presidente; que algumas reclamações eram graves, mas que nada se fazia, que apenas para mencionar duas reclamações graves: houve uma acusação de estupro e um auxiliar de enfermagem quebrou o braço de um paciente em duas partes (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 14).

Um relatório feito pelo Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH-CE) por ocasião de sua visita à Casa de Repouso Guararapes, em novembro de 1999, imediatamente após a ocorrência do caso, esclarece que “o Caso Damião” evidencia assistência

médica precária, maus tratos, deficiências diversas que devem ser denunciadas nos mais diversos conselhos de categorias ligadas à assistência psiquiátricas e ao Ministério Público (COMISSÃO IDH, RELATÓRIO N° 38/02, 2002, p. 03).

Diversas denúncias foram formalizadas para relatar as agressões, os maus tratos, as condições desumanas e degradantes de confinamento junto a órgãos como a Secretaria de Saúde e Previdência Social do Município de Sobral; a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará; a Comissão Estadual de Saúde Mental e mesmo a Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão do Estado do Ceará (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 13 – 14).

Após a repercussão do Caso envolvendo a morte de Damião Ximenes Lopes, em 29 de fevereiro de 2000, o Conselho Municipal de Saúde decidiu, mediante resolução n° 001/00, pela intervenção por parte de um órgão gestor municipal de saúde na Casa de Repouso Guararapes. Tal junta interventora foi instituída em 02 de março de 2000 e em 10 de julho daquele ano a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde do Município de Sobral, deu por terminada a intervenção, que resultou pelo descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes como instituição psiquiátrica para prestar serviços ao SUS na área de assistência hospitalar em psiquiatria (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 15).

A partir deste ponto, será necessária a justificação da existência de um sistema de resguardo a prerrogativas de Direitos Humanos, provenientes de larga evolução histórica e que se presta à defesa de prerrogativas mínimas para a existência dos seres humanos nos dias atuais. A este tema será destinado o próximo capítulo. Todavia, é importante frisar que dentre tais sistemas está o interamericano de proteção aos Direitos Humanos que compõe parte indissociável do presente escrito, como se verá, e que foi o tribunal onde se tramitou o Caso de Damião Ximenes Lopes, antes do próprio estado, levar a cabo. Esta temática será objeto do terceiro capítulo.

Por fim, de modo a interligar os temas expostos, mostra-se evidente que o Estado Brasileiro, apesar de gestor de um dos maiores programas

de assistência pública em matéria de saúde do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) apresentava e segue apresentando falhas e tratamentos desiguais para algumas áreas terapêuticas. Embora fosse necessário maior aprimoramento no tratamento dispensado, veremos que o Sistema Único de Saúde em matéria de tratamento psiquiátrico privilegiava as instituições privadas, com pouca fiscalização sanitária e terapêutica. Dessa forma, desafortunadamente, ocorreu a morte de Damião Ximenes Lopes na Casa de Repouso Guararapes.

A justiça nacional, longe de tratar do tema de maneira eficaz tardaria mais de uma década para investigar e punir os envolvidos no Caso. Logo, a família, diante da irresignação e revolta com o que havia ocorrido, decidiu levar o tema para outros mecanismos judiciais passíveis. A realização da justiça veio em primeiro lugar através do Sistema Interamericano, como se verá no decorrer deste livro.

## Capítulo 2

### Do Direito Internacional dos Direitos Humanos como instrumento

Só conseguimos perceber a existência de um Direito a ter Direitos e de um direito de pertencer a algum tipo de comunidade organizada, quando surgiram milhões de pessoas que haviam perdido esses direitos e não podiam recuperá-los devido à nova situação política global. O problema não é que que essa calamidade tenha surgido não de alguma falta de civilização, atraso ou simples tirania, mas sim que ela não pudesse ser reparada, por que já não há qualquer lugar “incivilizado” na terra, pois queiramos ou não, já começamos realmente a viver num Mundo Único.

**Hannah Arendt**

O presente capítulo tem por objetivo demonstrar, através da concatenação histórica de fatos, a internacionalização dos Direitos Humanos e o desenvolvimento de diversos sistemas internacionais de proteção da matéria. Desde a criação de um sistema de natureza universal auspiciado pela Organização das Nações Unidas, a partir de 1945, até diversos mecanismos regionais, dentre os quais se priorizará o Sistema Interamericano de Proteção formado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Para alcançar os objetivos propostos, o percurso deste capítulo se divide, preambularmente, na busca por desvelar a proteção internacional dos direitos humanos a partir do surgimento do Estado Moderno até a criação da Organização das Nações Unidas. Para tanto, é analisada a importância histórica de alguns eventos, como a Revolução Francesa, e

documentos de viés historiográfico e jurídico, como a Carta das Nações Unidas e a Declaração Universal dos Direitos do Homem como eventos-chave para o processo de internacionalização.

A internacionalização dos direitos humanos como reflexo do movimento histórico e jurídico já mencionado é abordado no segundo tópico para demonstrar o alcance universal das normas referentes ao tema, para a partir disso, verificar o surgimento e a multiplicação de Sistemas Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos, a partir do Sistema de Proteção aos Direitos Humanos criado no seio da Organização das Nações Unidas, de viés universal e outros, de viés regional como o Sistema Europeu de Apuração de Violação de Direitos Humanos e o Sistema Africano de Direitos Humanos.

Além destes, no âmbito do continente americano figura o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, que é objeto de um tópico específico neste capítulo, em que se detalha, além da história de sua construção, também o reflexo causado por sua institucionalização, no âmbito da Organização dos Estados Americanos através da Comissão Interamericana e com a assunção da Convenção Americana de Direitos Humanos, o surgimento da Corte Interamericana de Direitos Humanos.

A interpretação histórica presente neste capítulo se mostra indispensável para estabelecer a correta relação existente entre o Sistema Interamericano de Direitos Humanos e a interação causada por este, através do Caso Ximenes Lopes, no reestabelecimento de forças envolvidas na aprovação da Reforma Psiquiátrica no Estado Brasileiro.

## **2.1 - A Proteção Internacional contemporânea em matéria de Direitos Humanos**

Buscar um conceito que demonstre verossimilhança às prerrogativas de alcance e de importância dos Direitos Humanos é tarefa bastante complexa. Por serem frutos de constante mutação, da evolução do reconhecimento do homem-indivíduo enquanto sujeito de direito e do

amadurecimento civilizacional, os Direitos Humanos possuem conteúdo variável de acordo com as doutrinas filosófico-políticas existentes em determinado tempo e espaço.

Embora sejam produto da evolução histórica e estejam, portanto, condicionados a surgir “quando devem e podem nascer”, os Direitos Humanos vêm sendo construídos e reconstruídos na medida em que as circunstâncias históricas requerem, “servindo como paradigma e referencial ético a orientar a ordem internacional” (PIOVESAN, 2015, 43 - 45).

Mesmo que as premissas do pensamento humanista estivessem presentes na literatura desde Francisco de Vitória<sup>1</sup>, como princípio de que o Direito de matriz internacional poderia incidir contra Estado que negue a súdito seu, prerrogativas de direitos fundamentais (como a liberdade religiosa) (VERDROSS, 1963, p. 504), foi somente, a partir da inscrição dos Direitos Humanos na ordem internacional, que se passou a entendê-los como fundamentais e aplicáveis à toda a humanidade, por justamente representar a consciência histórica que a humanidade tinha em relação aos próprios valores naquele especial momento da história (BOBBIO, 2004, p. 25 - 33).

No século XX, a Organização das Nações Unidas (ONU), através da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, reconheceu em seu preâmbulo que a “dignidade inerente a todos os membros da família humana e os seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo”. Para além de representar tais fundamentos, os Direitos Humanos fariam parte de um conjunto de direitos considerado indispensável para a vida humana pautada na liberdade, igualdade e dignidade. Seriam eles indispensáveis à vida digna, ainda que, não exista um rol taxativo e predeterminado de suas prerrogativas, haja vista, a multiplicidade de interpretações culturais e político-ideológicas que permeiam sua natureza, sem mencionar o alcance

---

<sup>1</sup> Francisco de Vitória foi um teólogo espanhol neo-escolástico e um dos fundadores da tradição filosófica da chamada "Escola de Salamanca", sendo também conhecido por suas contribuições para a teoria da Guerra Justa e como um dos criadores do moderno direito internacional.

universal ou regional que determina o âmbito de eficácia de cada Convenção ou Tratado que verse sobre a temática. Em seu cerne estão os “ideais referentes à justiça, igualdade e liberdade”, consagrados com o decorrer dos séculos, auxiliando a sedimentação destes direitos essenciais (RAMOS, 2016, p. 29-33).

Antes, por necessário, será abordado o processo de internacionalização dos Direitos Humanos como fio condutor para a construção dos sistemas de proteção e de resguardo, com fundamento na terceira fase proposta por Norberto Bobbio.

## **2.2 - A Internacionalização dos Direitos Humanos**

No que diz respeito ao processo de internacionalização dos Direitos Humanos, foi necessário experimentar da barbárie oferecida pelos governos totalitários fortalecidos nos anos 30, para que, mais do que em qualquer outra época, fosse compreendida a importância suprema da dignidade da pessoa humana (COMPARATO, 2010, p. 53).

A partir de 1945, após duas atrozes Guerras Mundiais, a Sociedade Internacional, em comunidade, ao re-institucionalizar ambiente permanente de discussão de temas de interesse mútuo (haja vista a existência antecedente da Sociedade das Nações que existiu entre 1919 e 1945), materializado na criação da Organização das Nações Unidas - ONU, inseriu definitivamente a temática inerente à proteção aos Direitos Humanos no Direito Internacional. Este movimento “despiu o esoterismo do *jus gentium*, inatingível ao comum dos mortais”, representou a responsabilidade do Direito Internacional passar a falar “uma linguagem mais humana”, “atenta aos sofrimentos do homem e à concretização de suas esperanças”, “despindo-se da toga estatista para ingressar em crescente humanização” (BOSON, 1972, p. 14).

A Carta da ONU, reflexo deste momento, em seu preâmbulo defende que “a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, assim

como das nações grandes e pequenas”, deveriam constituir propósitos institucionais, de acordo com o artigo 1.3, que ainda exorta a que os países membros possam “promover e estimular o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião” (ONU, 1945).

O artigo 55 da Carta, associando respeito universal aos Direitos Humanos à criação de condições de estabilidade e bem estar entre as nações, prevê que:

“Com o fim de criar condições de estabilidade e bem estar, necessárias às relações pacíficas e amistosas entre as Nações, baseadas no respeito ao princípio da igualdade de direitos e da autodeterminação dos povos, as Nações Unidas favorecerão:

[...]

c) o respeito universal e efetivo dos direitos humanos e das liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião”

Sendo que, para tal finalidade, o artigo 56 do mesmo instrumento insculpe, “todos os Membros da Organização se comprometem a agir em cooperação com esta, em conjunto ou separadamente”.

A Carta é o primeiro tratado internacional de alcance universal que reconheceu direitos fundamentais dos seres humanos e impôs aos Estados o dever de assegurar e respeitar a dignidade e o valor de todos (RAMOS, 2013, p. 28). Apesar deste logro, ela se limitou a proclamar o princípio do respeito aos direitos humanos, sem abordá-lo através de ações concretas (VERDROSS, 1963, p. 503).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de dezembro de 1948, foi o primeiro documento de alcance universal que atribuiu lastro axiológico e unidade valorativa ao Direito Internacional dos Direitos Humanos, com ênfase na universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos (PIOVESAN, 2015, p. 49). Ela representou o inédito

consenso em relação a certos direitos, servindo como sinal evidente do estabelecimento de um mínimo ético entre os estados nesta matéria (DONNELLY, 2013, p.24; AMARAL JÚNIOR, 2013, p. 508). Sobre tal fato, defende Norberto Bobbio (2004, p. 26):

A Declaração Universal dos Direitos do Homem representa a manifestação da única prova através da qual um sistema de valores pode ser considerado humanamente fundado e, portanto, reconhecido: e essa prova é o consenso geral acerca de sua validade. Os jusnaturalistas teriam falado de *consensus omnium gentium* ou *humani generis*.

Embora a Declaração não tivesse a intenção de ser um documento legalmente vinculante, mas sim, como proclama seu preâmbulo, um “padrão comum de realização [das prerrogativas de Direitos Humanos] para todos os povos e nações” (SHAW, 2010, p. 214), sua validade e sua força vinculante ainda é discutida por várias correntes da doutrina internacionalista, que diverge no sentido de que, por tratar-se de “declaração”, apenas criaria obrigação moral para o estado (MELLO, 2000, p. 823; PIOVESAN, 2009, p. 159) e por outro lado, tendo em vista as décadas de prática internacional já levadas a cabo, a Declaração foi reconhecida como norma costumeira de interpretação do termo “Direitos Humanos” contidos na Carta da ONU pela Corte Internacional de Justiça no “Caso Pessoal Diplomático e Consular norte-americano em Teerã” (ACCIOLY, 2012, p. 401), sem esquecer que a maioria dos direitos previstos nela já fazem parte do rol de princípios gerais do direito (VERDROSS, 1963, p. 506; MELLO, 2000, p. 823).

Independentemente da discussão acerca de sua validade como norma vinculante ou moral, a Declaração se caracteriza por ser um marco da internacionalização dos Direitos Humanos. Estruturalmente, está dividida em quatro partes, das quais, a primeira que trata das regras gerais (arts. 1º, 2º, 28, 29 e 30); a segunda que abrange direitos e liberdades fundamentais (arts. 3º e 20); a terceira referente a direitos políticos (art. 21), e; a quarta que dispõe sobre direitos econômicos e sociais (arts. 22 e 27) (MELLO, 2000, p. 823).

Com vistas a assegurar o reconhecimento e a observância universal dos direitos nela previstos, após um longo processo de discussão iniciado em 1949 e culminado em 1966, que objetivou tornar as disposições da Declaração em obrigações vinculantes e obrigatórias, foram aprovados em 16 de dezembro de 1966, dois tratados internacionais denominados “Pacto Internacional dos Direitos Cíveis e Políticos” e o “Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais” (PIOVESAN, 2009, p. 160).

Este último, em seu art. 12, reconhece dentre vários direitos sociais, o referente ao resguardo à saúde, ao afirmar que “Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental”. Disciplinando medidas para o resguardo, inclusive, na “criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade” (ONU, 1966).

A conjugação dos Pactos Internacional dos Direitos Cíveis e Políticos e Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais” formaria a “Carta Internacional dos Direitos Humanos” (DONNELLY, 2013, p. 26; PIOVESAN, 2009, p. 160; RAMOS, 2013, p. 28 – 29) que seria posteriormente incrementada por diversos outros tratados multilaterais de direitos humanos que passaram a instituir proteção a temas específicos inseridos na seara como, por exemplo, as convenções internacionais referentes à proibição e repressão ao crime de genocídio; a proteção de todas as pessoas contra a tortura e outras penas e tratamentos cruéis, desumanos e degradantes; os refugiados; os apátridas; os direitos da criança; a eliminação de todas as formas de discriminação racial; contra a mulher; contra todas as formas de apartheid e etc.

Sobre a reconstrução do ambiente internacional e a construção do Sistema Internacional de Proteção dos Direitos Humanos, a partir de sua internacionalização:

A Declaração Universal de 1948, bem como os instrumentos subsequentemente adotados, no contexto da ONU, inscrevem-se no movimento de busca

de recuperação da dignidade humana, após os horrores cometidos pelo nazifascismo, mas sobretudo se dá a mudança no enfoque, quanto a ser o estabelecimento de tal sistema de proteção dos direitos fundamentais intrinsecamente internacional. Todo o sistema se constrói a partir de tal premissa (ACCIOLY, 2012, p. 398).

Ao conceituar o Direito Internacional dos Direitos Humanos conclui André de Carvalho Ramos (2013, p. 27), que este consiste no conjunto de normas internacionais que estipula direitos essenciais do ser humano e se beneficia de garantias internacionais institucionalizadas.

### **2.3 - Surgimento e multiplicação dos Sistemas Internacionais de Proteção aos Direitos Humanos**

Como já se pôde perceber, o Direito Internacional dos Direitos Humanos experimentou com a criação da ONU, um aumento de sua normatização, mas também, da definição de instrumentos jurídicos sobre temas que antes diziam respeito unicamente aos Estados que - possuidores de soberania, outrora absoluta e imutável, e a partir de então, relativizada -, legislavam internamente sobre estes temas (ACCIOLY, 2012, p. 397).

No particular relacionado aos Direitos Humanos, a perspectiva da pluralização dos instrumentos normativos foi perseguida sem preocupação com redundâncias, causadas pela repetição e reprodução dos direitos nas convenções, na medida em que a DUDH de 1948 não possuía força vinculante e que cada novo documento aumentava a garantia do indivíduo (RAMOS, 2013, p. 28 - 29).

Assim sendo, os Estados já não poderiam alegar que o tema da instituição, resguardo e proteção das prerrogativas de Direitos Humanos estariam apenas sob seu poder, na medida em que foram os próprios entes estatais que, com o ato de aquiescência reiterada no ambiente internacional, contribuíram na construção das normas relacionadas ao tema, afastando a hipótese de “domínio reservado” por ser legítima preocupação da comunidade internacional (PIOVESAN, 2009, p.121).

Tais fenômenos inseridos em uma conjuntura que não mais admitia a centralidade estatal, evidenciou a valorização do ser humano enquanto sujeito de direitos/destinatário de regras de caráter universal, como os Direitos Humanos (PIOVESAN, 2015, p. 48). Sobre o processo de universalização dos Direitos Humanos conclui Flávia Piovesan (2015, p. 49) que:

O processo de universalização dos direitos humanos permitiu a formação de um sistema internacional de proteção desses direitos. Tal sistema é integrado por tratados internacionais de proteção que refletem, sobretudo, a consciência ética contemporânea compartilhada pelos Estados, na medida em que invocam o consenso internacional acerca de temas centrais aos direitos humanos, na busca da salvaguarda de parâmetros protetivos mínimos – do “mínimo ético irredutível”.

Anteriormente, era o Estado que provia direitos aos cidadãos e, quando fosse o caso, os resguardava. Com o surgimento do Direito Internacional dos Direitos Humanos, observa-se um processo de alargamento da cidadania do indivíduo para além de sua nacionalidade, inserindo-a em um plano supranacional em que a violação a direitos fundamentais de um grupo de indivíduos dentro de um Estado passa a ser considerado problema por toda a Sociedade Internacional (MIRANDA, 2011, p. 28).

As inúmeras mudanças experimentadas pelo Direito Internacional após a segunda grande guerra produziram efeitos tanto horizontais como, por exemplo no surgimento e na consolidação da existência de novos atores na ordem global, quanto verticais, em relação, ao avanço da normatização sobre áreas antes não tratadas fora do âmbito estatal (VASCONCELOS, 2016, p. 94).

Como reflexo desta pluralização surgem diversos sistemas dotados de normas, princípios e procedimentos próprios, que por vezes, são encampados por instituições especializadas, de cunho fiscalizatório, consultivo ou jurisdicional, nas mais diversas áreas do conhecimento humano, como por exemplo, o Direito do Mar, o Direito Penal Internacional, o Direito Internacional Econômico, entre outros.

No âmbito do Direito Internacional dos Direitos Humanos, após a instituição de inúmeros documentos com aplicação universal dos quais, ressalta-se, a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, juntamente com os posteriores Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos (1966) e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), oriundos do trabalho da ONU e que são considerados a “Carta Internacional dos Direitos Humanos” (RAMOS, 2013, p. 28 - 29) sem prejuízo da adição de outros documentos que resguardem temas afetos à área; e outros de alcance regional - como o Interamericano, Europeu e Africano, que serão abordados oportunamente -, foram surgindo paulatinamente, mecanismos de supervisão e controle, quer sejam de natureza fiscalizatória ou jurisdicional para o resguardo, através de organizações, agências, comitês, conselhos ou tribunais internacionais no objetivo de responsabilizar o Estado no domínio internacional quando as instituições nacionais se mostrem falhas ou omissas na tarefa de proteger os Direitos Humanos (PIOVESAN, 2009, p. 121).

#### **2.4 - Sistema Global de Proteção**

O “Sistema Global de Proteção aos Direitos Humanos” ou “Sistema ONU”, criado para ter alcance verdadeiramente universal, é formado por, além da Carta da ONU; da Declaração Universal sobre os Direitos do Homem; pelos dois pactos internacionais já mencionados que instrumentalizaram esta última, e; por diversas outras convenções que regulamentaram e estabeleceram “mecanismos específicos de monitoramento dos deveres de promoção e proteção de direitos” (ACCIOLY, 2012, p. 402).

Dentre tais convenções, que possuem objetos distintos de resguardo, podem ser destacadas, a Convenção sobre a Prevenção e Punição do Crime de Genocídio; a Declaração das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial; a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial; a Declaração

sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres; a Convenção Internacional sobre a Supressão e Punição do Crime de Apartheid; a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres; a Declaração sobre a Eliminação de Todas as Formas de Intolerância e Discriminação Baseadas em Religião ou Crença; a Convenção sobre os Direitos da Criança; a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e suas Famílias; a Declaração sobre os Direitos das Pessoas Pertencentes a Minorias Nacionais ou Étnicas, Religiosas e Linguísticas, entre outras.

Inúmeras destas Convenções e Declarações possuem Comitês específicos para o monitoramento dos direitos humanos a partir da abordagem definida em seu texto. Estes mecanismos são formados por especialistas independentes da área que, via de regra, examinam os relatórios que os Estados signatários submetem, tecem observações ou comentários conclusivos sobre a conjuntura e fazem recomendações (RAMOS, 2012, p. 71 - 72).

Além dos comitês instituídos por força das convenções internacionais que resguardam temas específicos do âmbito dos direitos humanos, existem também outros órgãos que estão inseridos formalmente na estrutura da Organização das Nações Unidas como por exemplo, o Conselho de Direitos Humanos e o Alto-comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos.

O Conselho dos Direitos Humanos é um órgão intergovernamental do sistema das Nações Unidas, criado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 15 de março de 2006 pela resolução 60/251, sendo responsável pelo fortalecimento da promoção e proteção dos direitos humanos em todo o mundo e para enfrentar situações de violações e fazer recomendações sobre eles. Possui a capacidade de discutir todas as questões temáticas de direitos humanos e situações que exigem sua atenção. O Conselho é composto por 47 Estados membros das Nações Unidas que são eleitos pela Assembleia Geral e tem sua sede no Escritório das Nações Unidas em Genebra, na Suíça (OHCHR, 2017).

O Conselho dos Direitos Humanos substituiu a antiga Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas que havia sido instituída em 1946, mas que não atendeu às expectativas nele depositadas, por várias razões, dentre as quais, a exigência de segredo nas apurações e a natureza intensamente política de sua atividade (SHAW, 2010, p. 234).

Dentre os mecanismos de avaliação realizados pelo Conselho de Direitos Humanos, destaca-se o da revisão periódica universal, que consiste na revisão dos registros de direitos humanos de todos os Estados membros das Nações Unidas. Trata-se de um processo orientado pelo Estado, sob os auspícios do Conselho dos Direitos Humanos, que oferece a oportunidade para cada Estado declarar quais ações eles tomaram para melhorar as situações de direitos humanos em seus países e cumprir suas obrigações em direitos humanos. Como uma das principais características do Conselho, a revisão periódica destina-se a assegurar a igualdade de tratamento para cada país, quando suas avaliações de direitos humanos são realizadas (OHCHR, 2017).

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos tem a função de liderar os esforços globais de promoção e proteção dos Direitos Humanos. A chefia é exercida pelo mandato de dois anos, com possibilidade de reeleição (OHCHR, 2017).

Para André de Carvalho Ramos (2013, p. 78), a atuação dos mecanismos de apuração de violações de Direitos Humanos pelo Sistema Onusiano pode ser dividida em duas formas: convencional e extraconvencional.

O meio convencional se subdivide em três: mecanismo não contencioso, mecanismo quase judicial e o sistema judicial ou contencioso. Quanto ao primeiro, seu caráter não contencioso alude às clássicas maneiras de solução de controvérsias como, por exemplo, a mediação ou os bons ofícios. Consiste na confecção de relatórios de natureza periódica pelo qual os Estados, ao ratificar tratados elaborados sob os auspícios da ONU, comprometem-se a enviar informes em que descrevem as ações realizadas para a proteção dos Direitos Humanos. Tais informes são analisados por

especialistas independentes instituídos por força do estabelecimento de comitês, criados nas convenções internacionais.

No que respeita ao mecanismo convencional quase judicial, trata-se de meio verdadeiramente coletivo de apuração da responsabilidade internacional do estado, haja vista sua instituição proveniente de Convenções Internacionais de proteção que criam as Comissões que deliberam sobre a existência de violações e sobre a fixação de reparação pelo Estado transgressor. Embora não se tenha consenso sobre a natureza vinculante dos relatórios emitidos pelas comissões, sua movimentação pode ser provocada tanto por estados como por particulares, desde que tal hipótese tenha sido prevista na Convenção instituidora (RAMOS, 2013, p. 87 – 88).

Sobre o mecanismo convencional judicial, abre-se a possibilidade de submissão de um caso que envolva temas referentes a proteção internacional dos direitos humanos à Corte Internacional de Justiça. No entanto, a Corte possui escasso papel na apuração e aplicação jurisdicional do direito internacional referente aos Direitos Humanos. Isto acontece por dois motivos principais: a legitimidade para figurar como autor e réu nos processos contenciosos a ela submetidos é sempre dos Estados, fato que limita o acesso dos particulares por eventuais violações; de forma secundária, a Corte possui jurisdição facultativa, que limita sua movimentação, prolação de sentença e eficácia ao reconhecimento e submissão expressa dos estados à sua jurisdição (RAMOS, 2013, p. 93 – 95).

Sobre o mecanismo extraconvencional, trata-se de meio composto por procedimentos especiais de órgãos da ONU, de natureza difusa, que prega a aplicação geral dos instrumentos de Direitos Humanos existentes e, tendo por princípio *mater*, o dever de cooperação internacional dos estados em matéria de direitos humanos (RAMOS, 2013, p. 105 - 109).

Embora constitua importante mecanismo de atuação em prol da defesa dos Direitos Humanos, não nos interessa, nesta obra, esmiuçar as características procedimentais do mecanismo onusiano de proteção, tendo em vista que, com a pluralização normativa experimentada no direito internacional associada ao anseio de promoção e proteção de tais

prerrogativas surgiram também outros sistemas de natureza regional de proteção.

## 2.5 - Sistemas Regionais de Proteção

Os Sistemas Regionais, que surgiram concomitante ou posteriormente ao Sistema Universal, têm servido para afirmar, em âmbito territorial definido, em qual - pressupõe-se -, as concepções de Direitos Humanos sejam relativamente uniformes, de modo a que se possa desempenhar através de instituições e órgãos de distintas naturezas a promoção e a proteção dos Direitos Humanos. Tais sistemas, por serem corporificados em instituições criadas, via de regra, no seio de organismos internacionais de integração regional ou meramente políticos, podem aparentar matizes de viés independente e hierarquizados entre si, mas apesar de sua autonomia, geralmente guardam coerência com o sistema universal por estarem “aninhados” dentro deste (DONNELLY, 2013, p. 172).

Portanto, os sistemas global e regional não podem ser vistos como dicotômicos ou incongruentes, mas sim, úteis e complementares. Ambos podem ser conciliados em uma mesma base funcional, tendo em vista que o conteúdo normativo dos diversos instrumentos internacionais devem ser similares em princípios e valores (PIOVESAN, 2009, p. 245). Principalmente por terem sido inspirados por valores e princípios da Declaração Universal de 1948, compondo universo instrumental de proteção e interação em benefício dos indivíduos (PIOVESAN, 2015, p.105).

Ponto importante a ser frisado seria o de que mesmo sendo complementares, ambos são subsidiários em relação a atuação primária do próprio Estado em prevenir as violações na temática e reparar eventuais danos decorrentes (RAMOS, 2012, p. 74 - 75).

Grande diferença entre os sistemas global e regionais seria a de que

enquanto as normas globais vinculam, em princípio, todos os Estados que vi-  
erem a aderir às convenções já celebradas, tendo por isso vocação universal,

as normas regionais obrigam exclusivamente, os Estados em uma área geográfica determinada (AMARAL JÚNIOR, 2013, p. 529).

Amaral Júnior (2013, p. 529) afirma ainda que, na segunda metade do século XX, foram muito mais significativos os avanços em matéria de direitos humanos em nível regional do que na esfera global. Tal fato se deve ao número reduzido de países envolvidos nestas iniciativas e a existência de substrato cultural comum.

Embora mais eficazes, são inúmeras as complexidades para a sua construção, tendo em vista as características peculiares, necessárias à sua instituição - como a multiplicidade étnica e cultural que se desdobra em facetas distintas de interpretação dos fatos sociais -, ainda, questões de natureza intrínseca aos poderes dos estados nacionais que podem não ter presentes a concepção atual da importância das organizações internacionais ou mesmo o ideário do judiciário como o “bastião” necessário à proteção aos Direitos Humanos ou quando o judiciário não é suficientemente independente em relação aos demais poderes constituídos, quando não suprimido por estes (ONUMA, 2017, p. 270 - 271).

A despeito disso, a Assembleia Geral das Nações Unidas do ano de 1977 através da Resolução 32.127, estimulou os Estados a concluir tratados sobre a proteção dos direitos humanos nas regiões em que eles ainda não tivessem sido formados (AMARAL JÚNIOR, 2013, p. 529).

O mundo árabe, através da Liga dos Estados Árabes, criada em 1945 instituiu um incipiente sistema de proteção baseado na Carta Árabe de Direitos Humanos adotada em 1994, em vigor desde 2008, que reflete a islâmica lei da sharia e outras tradições religiosas que conflitam com o sistema universal, principalmente, no que diz respeito a igualdade formal entre homens e mulheres desde que observada a islâmica lei da sharia e outras leis divinas e disposições legais (art. 3º); além da possibilidade de aplicação de pena de morte a menores de 18 anos (art. 7º). O sistema estabelece mecanismo de monitoramento realizado através de relatórios periódicos a serem submetidos por Estados ao Comitê Árabe de Direitos

Humanos, que tem competência para supervisionar a implementação da Carta (PIOVESAN, 2015, p. 102)

Há também, desde o início dos anos 90, uma movimentação asiática em torno da busca pela construção efetiva de um sistema de proteção. A Associação de Nações do Sudeste Asiático (ASEAN) lidera essa iniciativa, tendo consagrado dentre seus objetivos institucionais a promoção dos Direitos Humanos desde 2008 (PIOVESAN, 2015, p.104). Em 2009, foi instituída a ASEAN Commission on Human Rights e, em 2010, foi estabelecida a ASEAN Commission on the Promotion and Protection of the Rights of Women and Children. No entanto, ditas comissões não possuem a mesma força das homólogas criadas no mundo ocidental, perdendo com pouca margem de atuação e baixo orçamento. Em 2012 foi adotada a ASEAN Human Rights Declaration, prevendo direitos civis, políticos bem como econômicos, sociais e culturais, que não possuem, entretanto, força vinculante perante os Estados signatários (CROYDON, 2014, p. 291).

Pode-se afirmar que apenas três continentes lograram instituir sistemas concretos de proteção aos direitos humanos até a presente data. A saber: Europa, América e África.

O Sistema Europeu de Apuração de Violação de Direitos Humanos, teve na instituição conhecida como “Conselho da Europa”, criado em maio de 1949, com sede em Estrasburgo, França, órgão precursor de sua atividade, que possui como objetivos alcançar a unidade entre os estados-membros com o fim de salvaguardar e realizar os ideais e princípios provenientes da herança que eles têm em comum, e de facilitar o progresso econômico e social. Foi através deste órgão que se instituiu a Convenção Europeia de Direitos Humanos e inúmeros tratados sobre temas inerentes ao tema (SHAW, 2010, p. 263 - 264).

A Convenção Europeia sobre Direitos Humanos foi assinada em 1950 e está em vigor desde 1953. O Sistema até o ano de 1998 consistia em uma Comissão e um Tribunal. À Comissão recaía a função de atuar como meio de filtragem sobre os casos submetidos a serem admitidos, além de, atuar como mecanismo de solução amistosa. Seus relatórios eram submetidos

ao Comitê de Ministros do Conselho da Europa e caso não se chegasse a um acordo amigável, no prazo de três meses, seria o caso, submetido à Corte, que o julgaria. Em 1998, com a assinatura do Protocolo XI, a Corte Europeia de Direitos Humanos tornou-se mecanismo permanente e único, cuja existência suprimiu a Comissão (SHAW, 2010, p. 267).

A Corte EDH “esteve desempenhando um papel excepcionalmente significativo em retificar as violações de direitos humanos pelos Estados-membros por meios judiciais” (ONUMA, 2017, p. 271). De acordo com o reporte anual da Corte, atualmente 47 Estados Europeus ratificaram a Convenção e reconheceram sua jurisdição, que já decidiu até o ano de 2016, mais de 50 mil casos de violações de Direitos Humanos. (Corte EDH, 2016, p. 193)

No caso do continente africano, a Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos (CADHP), foi criada em 1998, com sede em Arusha, Tanzânia, tendo como documento base a Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos e seu protocolo adicional, através do qual fora instituída. A Corte foi criada para complementar o sistema existente na década de 70 quando da criação da antiga Organização para a Unidade Africana, atual União Africana. Tal sistema consistia de uma Comissão que possuía competência para emitir relatórios que não tinham natureza vinculante (HEYNS, VILJOEN, 1999, p. 428).

Atualmente, a Corte conta com 30 Estados em sua jurisdição (CADHP, 2017) e já julgou até outubro de 2016, 35 casos contenciosos (CADHP, 2017).

## **2.6 - O Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos**

Embora já existente como organismo internacional de natureza regional voltado para a autodefesa no ambiente americano desde o século XIX, a União Pan-americana, atualmente conhecida como Organização dos Estados Americanos – OEA, se inscreve oficialmente como entidade portadora de personalidade jurídica internacional através do Tratado

Americano de Soluções Pacíficas, que ficou conhecido como “Carta” ou “Pacto de Bogotá”, assinado em 30 de abril de 1948 durante a IX Conferência Pan-Americana ou Internacional Americana (VERDROSS, 1963, p. 464; SHAW, 2010, p. 974), que é considerada o mais importante acontecimento da história das relações entre os Estados já acontecido no hemisfério ocidental (LLERAS, 2006, p. 20).

O Pacto original, desde seu preâmbulo trazia que a solidariedade americana e a boa vizinhança teriam um fim mais importante que a segurança dos Estados, que se consubstanciaria na consolidação no continente americano de um regime de liberdade individual e justiça social fundado no respeito dos direitos essenciais do homem. Ao traçar comparativo entre a Carta da ONU e o Pacto de Bogotá, afirma Alberto Lleras (2006):

Todo el énfasis de esta última [Carta da ONU] está dirigido como tenía que ser forzosamente, tratándose de una constitución nacida de la guerra y creada todavía dentro de la atmósfera del conflicto, a la paz y la seguridad entre los Estados. Se da por sentado que esa seguridad y esa paz serán benéficas para el hombre, pero **la carta americana va más lejos al contener, a través de todos sus artículos, la implicación de que el hombre es lo fundamental y que el Estado no es su amo, sino su servidor, para el cual la paz y la seguridad, si no son medios propicios al desarrollo de la persona humana, no tienen en sí mismos significado alguno.**<sup>2</sup>

No que respeita aos princípios da instituição, foi instituído o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, sem fazer distinções de classe, nacionalidade, credo ou sexo, e, entre os direitos e deveres fundamentais dos Estados se repete o compromisso de todos estes devem respeito aos direitos da pessoa humana e os princípios da moral universal (LLERAS, 2006). Além

---

<sup>2</sup> “Todo o ênfase desta última, está dirigido como forçosamente tinha que ser, em se tratando de uma constituição nascida da guerra e criada, ainda dentro da atmosfera do conflito, para a paz e a segurança entre os estados. Já é assente que esta segurança e essa paz serão benéficas para o homem, mas a **carta americana vai mais longe ao conter, através de todos os seus artigos, a implicação de que o homem é o fundamental e que o Estado não é seu amo, mas seu servidor, para o qual a paz e a segurança, se não são meios propícios ao desenvolvimento da pessoa humana, não tem, em si mesmos nenhum significado**”. (Grifos inexistentes no original).

disso, a versão original do Pacto prevê algumas prerrogativas de direitos sociais básicos que obrigam aos Estados não só em suas relações com seus pares mas também em relação aos seus povos (LLERAS, 2006).

Ao longo do tempo, o Pacto de Bogotá foi emendado pelos Protocolos de Reforma, em quatro ocasiões: Buenos Aires, 1967; Cartagena das Índias, 1985; Washington, 1992; Manágua, 1993.

O atual texto contém uma série de menções genéricas aos direitos humanos como por exemplo o Art. 3º, alínea “I” que prevê que “os Estados americanos reafirmam os seguintes princípios: (...) – I Os Estados americanos proclamam os direitos fundamentais da pessoa humana, sem fazer distinção de raça, nacionalidade, credo ou sexo”; ainda o Art. 17, que estatui que “Cada Estado tem o direito de desenvolver, livre e espontaneamente, a sua vida cultural, política e econômica. No seu livre desenvolvimento, o Estado respeitará os direitos da pessoa humana e os princípios da moral universal”, ou mesmo o Art. 33 que insculpe “O desenvolvimento é responsabilidade primordial de cada país e deve constituir um processo integral e continuado para a criação de uma ordem econômica e social justa que permita a plena realização da pessoa humana e para isso contribua” (OEA, 1948).

Embora consista em um denso e ambicioso mecanismo vinculativo continental, o Pacto de Bogotá foi redigido sob a égide da não intervenção nos assuntos internos de cada estado e no respeito à soberania estatal – artigo 1º, ambos (RAMOS, 2014, p. 201). Portanto, embora houvesse o compromisso da proteção de direitos da pessoa humana, não havia um rol definido de direitos instituídos a serem protegidos, além do que, o Pacto de Bogotá não foi elaborado para criar organização internacional de direitos humanos, uma vez que não prevê a proteção de direitos como um dos seus objetivos principais (DULITZKY, 2011, p. 146).

A estratégia utilizada para buscar a instituição efetiva do tema dos direitos humanos no continente foi a da adoção, na própria Conferência de Bogotá de 1948, uma Declaração, de natureza jurídica não vinculante, sobre o tema. Esta declaração, inspirada nos trabalhos preparatórios que resultariam na Declaração Universal (ACCIOLY, 2012, p. 403), denominada

“Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem” foi aprovada em maio de 1948 e previa uma gama de direitos civis e políticos, econômicos, sociais e culturais e diversos deveres a serem respeitados. Os deveres, embora inovadores ao tempo de sua instituição, se mostram atualmente, como dogma superado, principalmente, em vista da dimensão objetiva dos direitos humanos, que defende que os Direitos Humanos não devem ser reconhecidos como simplesmente um “conjunto de posições jurídicas conferidos aos seus titulares”, mas sim como um “conjunto de regras impositivas de comportamento voltadas à proteção e satisfação daqueles direitos subjetivos conferidos aos indivíduos”, fato que os tornam deveres imediatos, comumente atribuídos aos Estados (RAMOS, 2012, p. 123 – 124).

No entanto, por expressa deliberação das delegações presentes na IX Conferência, decidiu-se por não atribuir força vinculante às obrigações previstas na Declaração Americana (DIAZ, 2016, p. 373). Tal escolha, de viés eminentemente político, serviu para convencer os Estados a assinarem um documento, repleto de obrigações, sem medo de serem, verdadeiramente, compelidos a cumpri-lo (KOCH, 2017, p. 7). Esta retórica, no entanto, foi sendo modificada na medida em que os Estados ao confundir obrigações morais com as legais passaram a criar tensões mútuas, tendo por base dispositivos da Declaração Americana (GROSSMAN, 1994, p. 460 - 461).

Com o transcurso do tempo, a conotação moral da Declaração passou a ser relativizada e ganhou “estatuto legal” ante os estados (GROSSMAN, 1994, p. 460; KOCH, 2017, p. 7). A temática foi objeto da Opinião Consultiva nº 10 emitida pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (doravante Corte IDH), (que no momento histórico aqui abordado nem havia sido criada) em 1989 e até o presente momento não se tem uma resposta cabal sobre a existência de eficácia vinculante da Declaração em relação aos Estados, ante as divergências doutrinárias e mesmo as declarações oficiais emitidos por diversos Estados Americanos sobre a questão (DIAZ, 2016, p. 375 - 378).

Fato é que após o Pacto de Bogotá e a Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem de 1948, iniciou-se lento desenvolvimento da

proteção interamericana de direitos humanos (RAMOS, 2016, p.258). O primeiro passo concreto foi dado na V Reunião de Ministro das Relações Exteriores da OEA, realizada em Santiago, Chile, no ano de 1959, onde foi criada a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (doravante Comissão ou Comissão IDH).

Tal Comissão, fruto de uma resolução e não de um tratado (KOCH, 2017, p. 8), em seus primeiros anos de existência realizou apenas atividades voltadas a promoção dos direitos humanos em âmbito continental, tendo em vista a falta de poderes estipulados em seu Estatuto, aprovado em 1960 (RAMOS, 2013, p. 202 – 203).

Somente na II Conferência Interamericana Extraordinária, de 1965, foram aprovadas reformas estatutárias que buscaram ampliar suas competências, que seguiram demonstrando ser pouco eficazes na prática, ante a natureza de resolução de sua norma instituidora e à intenção por parte dos Estados, de que a Comissão funcionasse desta forma até a adoção de uma Convenção Interamericana de Direitos Humanos (RAMOS, 2013, p. 202).

Com o Protocolo de Buenos Aires de 1967, que emendou a Carta de Bogotá, realizou-se a mais importante reformulação institucional da OEA no sentido de valorizar a atividade desenvolvida pela Comissão, até aquele momento. A julgar pela legitimidade a ela outorgada, aliada à autonomia que inclusive deu total independência funcional aos seus funcionários e a classificou no rol de órgãos permanentes da OEA (GROSSMAN, 1994, p. 461).

O artigo 112 do Protocolo de Buenos Aires, a define:

Habrá una Comisión Interamericana de Derechos Humanos que tendrá, como función principal, la de promover la observancia y la defensa de los derechos humanos y de servir como órgano consultivo de la Organización en esta materia. Una convención interamericana sobre derechos humanos determinará la estructura, competencia y procedimiento de dicha Comisión, así como los de los otros órganos encargados de esa materia.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> “Haverá uma Comissão Interamericana de Direitos Humanos que terá, como função principal, promover a observância e a defesa dos direitos humanos e de servir como órgão consultivo da Organização, nesta matéria. Uma convenção interamericana sobre direitos humanos determinará a estrutura, competência e procedimento de tal comissão, assim como os dos outros órgãos encarregados dessa matéria”.

Do artigo mencionado pode-se extrair que, além da reformulação das competências da Comissão IDH, que a transformou em órgão internacional de supervisão de cumprimento dos compromissos firmados pelos Estados partes da resolução no relativo aos Direitos Humanos, podendo inclusive receber petições individuais sobre pretensas violações, inquirir Estados e recomendar condutas (SHAW, 2010, p. 292); também havia esforço empreendido pelo Comitê Interamericano de Juristas que estava imbuído de construir uma Convenção Interamericana para Direitos Humanos, com eficácia vinculante aos Estados (RAMOS, 2013, p. 202).

## 2.7 - A Convenção Americana de Direitos Humanos

O próximo grande passo dado pela proteção aos Direitos Humanos no continente americano foi a aprovação, em 22 de novembro de 1969, durante a Conferência Especializada Interamericana sobre Direitos Humanos, ocorrida em San José da Costa Rica, da Convenção Americana de Direitos Humanos, que passou a vigorar a partir do ano de 1978. Até a data em que se redigiu o presente texto são 25 o número de países que além de assinar a Convenção, também a ratificaram.<sup>4</sup>

A Convenção ADH modificou a forma como os Estados americanos olhavam e se comprometiam em relação ao respeito e resguardo das prerrogativas de Direitos Humanos. Tal iniciativa estava em perfeita coadunação com os documentos internacionais e mesmo da própria OEA que haviam sido aprovados anteriormente. Depreende-se de seu preâmbulo:

**Reafirmando** seu propósito de consolidar neste Continente, dentro do quadro das instituições democráticas, um regime de liberdade pessoal e de justiça social, fundado no respeito dos direitos essenciais do homem;

---

<sup>4</sup> Países que ratificaram a Convenção: Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela. Trinidad e Tobago e Venezuela Denunciaram a Convenção e já não fazem parte dos signatários diretos. Disponível em <<http://www.cidh.oas.org/basicos/english/Basic4.Amer.Conv.Ratif.htm>>, acessado em 23 de outubro de 2018.

(...)

**Considerando** que esses princípios foram consagrados na Carta da Organização dos Estados Americanos, na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e na Declaração Universal dos Direitos do Homem e que foram reafirmados e desenvolvidos em outros instrumentos internacionais, tanto de âmbito mundial como regional;

(...)

**Reiterando** que, de acordo com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, só pode ser realizado o ideal do ser humano livre, isento do temor e da miséria, se forem criadas condições que permitam a cada pessoa gozar dos seus direitos econômicos, sociais e culturais, bem como dos seus direitos civis e políticos. (OEA, 1969)<sup>5</sup>

No dispositivo, a Convenção ADH nos dois primeiros artigos prevê os Deveres dos Estados, antes de explicitar os direitos protegidos. Na referência a estes, a Convenção estabelece a obrigação do respeito aos direitos e liberdades prescritos e a garantia de seu livre e pleno exercício a toda pessoa sujeita à jurisdição do estado sem qualquer tipo de discriminação. Ainda, como sendo dever aos Estados, caso os direitos e liberdades previstos da Convenção não sejam garantidos por disposições legislativas ou de outras naturezas, os estados devem adotar, de acordo com as disposições constitucionais e da própria Convenção, as medidas legislativas que fossem necessárias para tornar efetivas tais prerrogativas (OEA, 1969).

No ról de Direitos, a Convenção estabelece entre os art. 3º e 25 os Direitos Civis e Políticos, compreendendo o Direito ao reconhecimento da personalidade jurídica (art. 3º); Direito à Vida (art. 4º); Direito à integridade pessoal (art. 5º); a Proibição da escravidão e da servidão (art. 6º); Direito à liberdade pessoal (art. 7º); inúmeras garantias judiciais (art. 8º); o Princípio da legalidade e da retroatividade (art. 9º); Direito a indenização (art. 10); Proteção da honra e dignidade (art. 11); Liberdade de Consciência e de religião (art. 12); Liberdade de pensamento e de expressão (art. 13);

---

<sup>5</sup> Negritos no original.

Direito de retificação ou resposta (art. 14); Direito de reunião (art. 15); Liberdade de associação (art. 16); Proteção da família (art. 17); Direito ao nome (art. 18); Direitos da criança (art. 19); Direito à nacionalidade (art. 20); Direito à propriedade privada (art. 21); Direito de circulação e de residência (art. 22); Direitos Políticos (art. 23); Igualdade perante a lei (art. 24); Proteção judicial (art. 25).

Após os Direitos Civis e Políticos, a Convenção IDH trata no art. 26 do compromisso dos Estados Partes para com os Direitos de cunho Econômico, Social e Cultural com o fim de buscar a plena efetividade destes. Entre os artigos 27 e 31, a Convenção aborda temas relacionados às regras gerais referentes à aplicação das regras, suspensão das garantias e normas de aplicação das mesmas. O art. 32 aborda os deveres das pessoas.

Após, a partir do art. 33, passam a ser instituídos os órgãos competentes para conhecer dos assuntos relacionados com o cumprimento dos compromissos assumidos pelos Estados Partes da Convenção: a Comissão IDH e a Corte IDH.

## **2.8 - Comissão Interamericana de Direitos Humanos**

Conforme já abordado, a Comissão IDH foi criada por força de resolução aprovada na V Reunião de Ministro das Relações Exteriores da OEA, realizada em Santiago, Chile, no ano de 1959, onze anos após a assinatura do Pacto de Bogotá. Embora sua importância tenha sido evidenciada e sua existência tivesse recebido alguma atenção por parte da OEA, foi somente após a previsão legal realizada pela Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969 que ela assumiu a faceta tal qual conhecemos na contemporaneidade. Entre os artigos 34 e 51, a Convenção aborda a organização, as funções, a competência e o eventual processo perante ela.

Ela é composta por sete membros, chamados “comissários” ou “comissionados”, com alta autoridade moral e reconhecido saber em matéria de “direitos humanos”, que serão eleitos a título pessoal, pela Assembleia

Geral da OEA, a partir de uma lista de candidatos propostos pelos governos dos Estados-membros. Cada um dos eleitos exercem um mandato pelo período de quatro anos, sendo permitida uma reeleição para a função (arts. 34, 36 e 37 da Convenção ADH).

A Comissão IDH é um órgão não permanente, reunindo os comissionados apenas em curtas sessões, três vezes ao ano (KOCH, 2017, p. 9). Trata-se do principal órgão da OEA, porém com autonomia, pois os membros atuam com independência e imparcialidade, não representando o Estado de origem (RAMOS, 2013, p. 210). Sua competência alcança a todos os membros da OEA em relação a todos os direitos consagrados na Convenção IDH (PIOVESAN, 2015, p. 143).

O artigo 41 da Convenção ADH dispõe em seu *caput* que “A Comissão tem a função principal de promover a observância e a defesa dos direitos humanos” e possui, no exercício de seu mandato as funções subsidiárias de buscar estimular a consciência dos direitos humanos nos povos da América; formular recomendações aos governos dos Estados-membros, quando considerar conveniente, no sentido de que adotem medidas progressivas em prol dos direitos humanos no âmbito de suas leis internas e seus preceitos constitucionais, bem como disposições apropriadas para promover o devido respeito a esses direitos; preparar estudos ou relatórios que considerar convenientes para o desempenho de suas funções; solicitar aos governos dos Estados-membros que lhe proporcionem informações sobre as medidas que adotarem em matéria de direitos humanos; atender às consultas que, por meio da Secretaria Geral da Organização dos Estados Americanos, lhe formularem os Estados-membros sobre questões relacionadas com os direitos humanos e, dentro de suas possibilidades, prestar-lhes o assessoramento que lhes solicitarem; atuar com respeito às petições e outras comunicações, no exercício de sua autoridade; e apresentar um relatório anual à Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos. Importante frisar que a Comissão preserva a competência de proteger não somente os direitos previstos na Convenção ADH mas também todos aqueles constantes da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (SHAW, 2010, p. 292)

Dessa forma, a Comissão IDH possui dois motes principais de atuação, a saber, o de promover a observância relativa às prerrogativas de direitos humanos previstas na Convenção, por meio de uma “atividade política” e, a defesa destes, através de uma atividade “quase judicial” (RODRÍGUEZ-PINZÓN, 2011, p. 177).

Em seu viés promocional, a Comissão IDH, segundo o ensinamento de Diego Rodríguez-Pinzón (2011, 177):

(...) se refiere a la capacidad de llevar a cabo su función de promover y de proteger los derechos humanos recurriendo a herramientas políticas y mecanismos tales como, la negociación y la presión internacional para mejorar las condiciones de los derechos humanos en un Estado miembro.<sup>6</sup>

E segue o mesmo autor (2011, p. 177 – 178), ao explicitar modalidades de pressão política utilizadas pela Comissão IDH:

Entre los años 60 y los años 80, la Comisión utilizó principalmente sus herramientas y mecanismos políticos para enfrentar violaciones masivas y sistemáticas de derechos humanos. La comisión utilizó periódicamente su autoridad para publicar informes generales sobre la situación general de ciertos países para presionar a las autoridades de un Estado con un expediente negativo de Derechos Humanos.<sup>7</sup>

Dentro de sua atividade política, a Comissão pode realizar visitas *in loco* em qualquer Estado sob sua jurisdição, desde que convidada ou autorizada a fazê-la. Ainda, lhe cabe a função de criar relatorias cujo objetivo será analisar situações específicas sobre direitos humanos em um determinado país ou sobre um determinado tema (KOCH, 2017, p. 12 - 13).

Outra função de enorme importância da Comissão é a da emissão de Opiniões Consultivas formuladas pelos Estados membros da OEA através

---

<sup>6</sup> “se refiere a la capacidad de llevar a cabo su función de promover e de proteger os direitos humanos recorrendo a ferramentas políticas e mecanismos tais como, a negociação e a pressão internacional para melhorar as condições dos direitos humanos em um estado membro”.

<sup>7</sup> “Entre os anos 60 e os anos 80, a Comissão utilizou principalmente suas ferramentas e mecanismos políticos para enfrentar violações massivas e sistemáticas de direitos humanos. A Comissão utilizou periodicamente sua autoridade para publicar informes gerais sobre a situação geral de certos países para pressionar as autoridades de um Estado com um expediente negativo de Direitos Humanos”.

do Secretário-Geral da instituição, sobre questões atinentes à seara dos Direitos Humanos. Além de, como funções residuais, a Comissão poder solicitar Opiniões Consultivas à Corte Interamericana de Direitos Humanos, lhe remanesce a função submeter à Assembleia Geral da OEA projetos eventuais de protocolos adicionais à Convenção ADH para incluir prerrogativas de direito no ról já vigente; sem esquecer de sua função acadêmica, que prevê a promoção de seminários e eventos acadêmicos para difundir suas atividades e o sistema interamericano de proteção aos Direitos Humanos (KOCH, 2017, p.15)

A Comissão também possui a prerrogativa de oferecer aos estados consultoria em matéria de direitos humanos, e, possui autoridade para declarar que uma lei interna promulgada por qualquer Estado-parte violou as obrigações assumidas por ele perante a Convenção, tendo a faculdade de efetivar recomendações aos estados para que emende ou revogue a lei violadora da convenção (SHAW, 2010, p. 293).

No que atine a sua função dita “quase judicial”, define Diego Rodríguez-Pinzón (2011, p. 184 - 185), consistir “en su capacidad de adjudicar los casos presentados contra un Estado”, pois, “los mecanismos operacionales de la Comisión funcionan como un amortiguador o como una válvula a presión que pueden ser de ayuda al confrontar la recurrencia de violaciones masivas a los derechos humanos”.

Este sistema envolve o peticionamento direto à Comissão. Nele, qualquer pessoa ou grupo de pessoas, ou entidade não-governamental legalmente reconhecida em um ou mais Estados-membros da OEA, pode apresentar à Comissão petições que contenham denúncias ou queixas de violação da Convenção por um Estado-parte (art. 44 da Convenção). O representante da parte que sofreu suposta violação deve apontar fatos que sejam capazes de comprovar a violação de direitos humanos com qualquer autoridade que soube ou teve alguma responsabilidade sobre o fato (RAMOS, 2013, p. 221).

Na forma do peticionamento direto do indivíduo à Comissão, são pressupostos de admissibilidade, na forma do art. 46 da Convenção, que

haja sido interpostos e esgotados os recursos da jurisdição interna, de acordo com os princípios de Direito Internacional geralmente reconhecidos; que seja apresentada dentro do prazo de seis meses, a partir da data em que o presumido prejudicado em seus direitos tenha sido notificado da decisão definitiva; que a matéria da petição ou comunicação não esteja pendente de outro processo de solução internacional; e que, no caso do artigo 44, a petição contenha o nome, a nacionalidade, a profissão, o domicílio e a assinatura da pessoa ou pessoas ou do representante legal da entidade que submeter a petição.

Nas hipóteses do esgotamento dos recursos internos e o relativo ao decurso do prazo de seis meses, há uma relativização para a qual, tais requisitos não serão considerados, nos casos em que “não existam, na legislação interna do Estado de que se tratar, o devido processo legal para a proteção do direito ou direitos que se alegue tenham sido violados; não se houver permitido ao presumido prejudicado em seus direitos o acesso aos recursos da jurisdição interna, ou houver sido ele impedido de esgotá-los; e houver demora injustificada na decisão sobre os mencionados recursos (art. 46. 2 da Convenção).

Presentes os requisitos, a Comissão fará a pré-análise dos requisitos de admissibilidade e, em relação à petição, pode admiti-la ou arquivá-la de acordo com os fatos e as provas indicadas no procedimento (art. 48, “a” e “b” da Convenção). Isto é, uma vez aceita a demanda, a Comissão solicitará ao governo do estado denunciado as informações necessárias à instrução da denúncia e examinará os fatos. Após isso, emitirá uma decisão de mérito e promoverá fase de cunho conciliatório, em consonância com o disposto no art. 48, “f” da Convenção. No caso de haver conciliação, a Comissão elabora um relatório sobre o acordado entre o Estado e os peticionários, com ciência aos estados membros e ao Secretário-Geral da OEA e arquivará o Caso.

Se as partes não chegam a uma conciliação, a Comissão IDH redigirá um relatório em que exporá os fatos e suas conclusões. Se o relatório não

representar, no todo ou em parte, o acordo unânime dos membros da Comissão, qualquer deles poderá agregar ao referido relatório seu voto em separado. Também se agregarão ao relatório as exposições verbais ou escritas que houverem sido feitas pelos interessados em virtude do inciso 1, "e", do artigo 48.

O relatório, que não tem efeito vinculante (RAMOS, 2013, p. 230) será encaminhado aos Estados interessados, aos quais não será facultado publicá-lo e nele, estarão consignadas as eventuais proposições e recomendações que julgar adequadas de serem desempenhadas para resolver a demanda.

Entende André de Carvalho Ramos (2013, p. 228), que “no caso de constatação de violação de direitos humanos, cabe ao estado violador cumprir as recomendações desse primeiro relatório, que é confidencial”. E, se no prazo de até três meses, a partir da remessa aos Estados interessados do relatório da Comissão, o assunto não houver sido solucionado de maneira suficiente ou condizente com as normas ditadas, ou mesmo, no caso em que o Estado não preste informações no sentido de demonstrar o andamento do cumprimento das recomendações, poderá a Comissão renovar o prazo através de um segundo informe ou submeter o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos, desde que o referido Estado tenha aceitado expressamente a jurisdição desta.

No caso em que, mesmo após emitido o Segundo Relatório e o Estado ainda seguir descumprindo as recomendações da Comissão, caberá à Assembleia Geral da OEA (KOCH, 2017, p. 2).

Sendo o caso de submissão do Caso à Corte IDH, passaremos a discurrir na sequência.

## 2.9 - Corte Interamericana de Direitos Humanos

Como o complemento de viés jurisdicional do Sistema Interamericano a Convenção ADH inovou e, entre os artigos 52 e 73, criou a Corte Interamericana de Direitos Humanos, instituição judicial autônoma, que não figura como órgão da OEA, mas sim da Convenção ADH (RAMOS, 2013, p. 236), formada por sete juizes nacionais de Estados membros da OEA, eleitos a título pessoal pelos estados-partes da convenção, a mandatos de seis anos, sendo possível uma reeleição. São escolhidos dentre juristas da mais alta autoridade moral, de reconhecida competência em matéria de Direitos Humanos, que reúnam as condições requeridas para o exercício das mais altas funções judiciais, de acordo com a lei do estado do qual sejam nacionais, ou do estado que os propuser como candidatos. A Corte possui sua sede na cidade de San José, na Costa Rica.

Podem submeter casos à Corte os Estados partes e a Comissão IDH, nas condições já esmiuçadas (art. 61). A Corte, por seu turno, tem competência para conhecer de qualquer caso, relativo à interpretação e aplicação das disposições da Convenção, que lhe seja submetido, desde que os Estados-partes no caso tenham reconhecido ou reconheçam a referida competência, seja por declaração especial ou por convenção especial (art. 62.3). Neste particular, os indivíduos, grupos destes e mesmo organizações não governamentais não podem ter acesso direto à Corte IDH. Eles podem denunciar eventuais violações da Convenção e interpor uma petição junto a Comissão IDH, mas é somente esta última que pode submeter, neste contexto, um caso à Corte, após a tramitação já exposta (MENEZES, 2013, p. 190).

Sua competência abrange dois tipos distintos de atividades: uma de natureza consultiva e outra de caráter contencioso. A função consultiva consiste na possibilidade de qualquer membro da OEA, signatário ou não da Convenção, de solicitar parecer relativo à interpretação da Convenção ou de qualquer outro tratado destinado a proteção dos direitos humanos inerentes aos estados americanos. Via de regra, a interpretação por meio

de opiniões consultivas se presta a dirimir dúvidas quanto à interpretação de determinada norma de direito interno ou conduta de um Estado-parte em relação às obrigações assumidas na Convenção. Ainda, cabe à ela, no exercício de sua função consultiva, opinar sobre a compatibilidade de preceitos de legislação interna dos estados em face dos tratados internacionais que compõem o sistema interamericano de proteção aos direitos humanos. Tal mecanismo atualmente é conhecido como Controle de Convencionalidade das Leis e tem constituído um respeitável instrumento de aproximação do direito doméstico para com o internacional. Sobre a necessária e constante atualização das abordagens interpretativas dos direitos humanos Flávia Piovesan *apud* Jo M. Pasqualucci (2015, p. 152) declara que

(...) a Corte não efetua mais uma interpretação estática dos direitos humanos enunciados na Convenção Americana, mas, tal como a Corte Europeia, realiza interpretação dinâmica e evolutiva, considerando o contexto temporal e as transformações sociais, o que permite a expansão de direitos.

Até novembro de 2017 foram 23 opiniões consultivas emitidas pela Corte (CORTE IDH, 2017). Todas refletindo sobre aspectos relevantes da proteção internacional como, por exemplo, o efeito das reservas (prerrogativa de não aplicação deliberada de um tratado ou artigo de tratado internacional por razões justificadas pelo estado ratificante) em relação a tratados que versem sobre direitos humanos; sobre a obrigatoriedade ou não da graduação para o exercício da função de jornalista; ainda, sobre a eficácia da Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem, entre outras. Versando a respeito da atividade jurisdicional de caráter consultivo:

É inegável que a jurisdição consultiva supre o incipiente reconhecimento da jurisdição obrigatória de Cortes Internacionais pelos Estados, servindo as opiniões consultivas para a fixação do conteúdo e do alcance do Direito Internacional atual (RAMOS, 2013, p. 256)

No viés contencioso, é importante ressaltar que a Corte IDH possui competência para julgar casos envolvendo estados-partes da Convenção e que aceitem de maneira expressa a sua jurisdição, e; casos que venham a ser oferecidos pela Comissão IDH em relação aos mesmos estados-partes, por eventual violação de alguma das prerrogativas inerentes a Convenção e os demais tratados que versem sobre direitos humanos no Sistema Interamericano.

Como se pode ver, não há, entretanto, o acesso direto por parte do indivíduo à Corte. Todavia, a partir de 2001, houve uma reforma em seu procedimento visando justamente assegurar a representação das vítimas. Estas, quer sejam as próprias vítimas, seus parentes ou representantes podem submeter de forma autônoma seus argumentos, arrazoados e provas perante a Corte (PIOVESAN, 2015, p. 156), podendo gozar das prerrogativas de manifestação em igualdade de condições com a Comissão IDH e o Estado, tal como um assistente litisconsorcial do autor. Estas modificações trouxeram maior igualdade para os agentes das demandas.

No que atine o procedimento perante a Corte IDH, quando não for protocolado diretamente pelo Estado-parte, tem-se que o processo só se formará após o envio do relatório final não cumprido pelo Estado em questão perante a Comissão. A secretaria da Corte notificará os juízes, o Estado demandado e as vítimas, com os respectivos defensores. Caso as vítimas não possuam defensores, lhes será nomeado procurador.

A vítima, por intermédio de seu defensor, terá o prazo de dois meses para apresentar seu “escrito de petições, argumentos e provas”. Ato contínuo, uma vez apresentada a defesa das vítimas, o Estado-réu é notificado para apresentar sua contestação no mesmo prazo brindado às vítimas. É permitido ao Estado não defender-se dos argumentos e alegações, caso assumam sua responsabilidade internacional por violação da Convenção ADH. Neste último caso, a Corte IDH estará apta a prolatar sentença.

Caso o Estado conteste, ele pode oferecer exceções preliminares, que são questões aptas a impedir que a Corte se manifeste sobre o mérito do processo, ocasiões em que o Estado geralmente alega o descumprimento

ou a inexistência dos requisitos iniciais do processo como, por exemplo, o não esgotamento prévio dos recursos internos ou a caducidade do prazo mínimo para o oferecimento da demanda. Uma vez findo o contraditório a Corte pode decidir sobre as exceções preliminares ou por estas juntamente com o mérito, reparações e custas da demanda, utilizando uma mesma manifestação para terminar com o feito. Essa opção é digna de encômios, pois acelera o processo internacional, em especial pelo habitual uso, pelos Estados, de argumentos já superados nas exceções preliminares (RAMOS, 2013, p. 244).

As sentenças devem ser emitidas pelo tribunal pleno da sessão que tenha sido convocada, ressalvadas as hipóteses de faltas justificadas dos magistrados. Ela deve ser fundamentada (art. 66) e, no caso em que não expresse decisão unânime dos magistrados, cabe a qualquer deles agregar ao processo um voto dissidente (art. 66.2).

A sentença da Corte será definitiva e inapelável. Equivale a dizer que não há mecanismo processual capaz de submeter a decisão emitida à outro órgão jurisdicional, pois inexistente esta figura no Sistema Interamericano. A única manifestação cabível neste sentido, seria o pedido de interpretação de algum termo ou disposição da sentença. Tal manifestação deverá ser interposta em até 90 dias após a notificação da sentença (art. 67).

Quando decidir que houve violação de um direito ou liberdade protegidos na Convenção, a Corte determinará que se assegure ao prejudicado o gozo do seu direito ou liberdade violados. Determinará também, se isso for procedente, que sejam reparadas as consequências da medida ou situação que haja configurado a violação desses direitos, bem como o pagamento de indenização justa à parte lesada (art. 63.1).

A sentença prolatada pela Corte IDH tem efeito de coisa julgada *inter partes*, figurando como vinculante e obrigatória, cabendo ao Estado o seu imediato cumprimento (PIOVESAN, 2015, p. 157).

O dever do cumprimento para com as disposições da sentença nor-teia-se por, além do princípio da *pacta sunt servanda* que fundamenta a existência do Direito Internacional através da ideia de que, os Estados

construiriam as relações internacionais em razão da existência de uma norma ou princípio existente acima destes (MELLO, 2000, p. 140; WEHBERG, 1969, p.57 – 69), que mesmo não imune a críticas, foi adotada pela Convenção de Viena sobre Direito dos Tratados ao enunciar em seu artigo 26 que “Todo tratado em vigor obriga as partes e deve ser cumprido por elas de boa fé” (CVDT, 2017) e ainda; por força do art. 68 da Convenção IDH que afirma que os Estados-partes comprometem-se a cumprir a decisão da Corte em todo caso em que forem partes.

Desta forma, a Corte decide sobre a responsabilização internacional do Estado, definindo o que deve ser feito para efetivar a reparação do dano demonstrado gerado pela violação de direitos humanos. Tal reparação pode revestir-se em obrigações jurídicas de dar, fazer e não fazer, quer seja por meio de reparações pecuniárias, reformulações legais que podem abranger toda e qualquer disposição da legislação interna.

É necessário, no entanto, verificar por meio da vontade do próprio Estado, a cultura da criação de mecanismos que permitam o pleno cumprimento das sentenças da Corte IDH.

A defesa sistemática das prerrogativas de direitos humanos vem sendo construída desde o pós-segunda guerra mundial até nossos dias. O ideário e o marco legal internacional de resguardo de direitos fundamentais que ofereçam um mínimo de proteção frente aos atos do Estado foram estabelecidos voluntariamente por estes na reconstrução da Ordem Internacional, através Declaração Universal dos Direitos do Homem e inúmeros outros Pactos e Convenções que possibilitaram a internacionalização dos direitos humanos.

Desde então, influenciados pela multiplicidade de interpretações e por uma tendência de expansão normativa do direito internacional têm sido criados os Sistemas Regionais de proteção aos direitos humanos. O Sistema Interamericano, reflexo de numerosos anos de negociações continentais, foi oficialmente criado através da Convenção Americana sobre Direitos Humanos e constitui consolidado mecanismo de promoção e proteção no continente.

É no âmbito do Sistema Interamericano que o Caso Damião Ximenes Lopes, pela expressão clara da violação experimentada, pôde ter materializada a justiça, tendo em vista que o próprio Estado, em ambiente doméstico, não conseguiu oportunizar as condições mínimas de tratamento para o paciente e o respeito para com os seus familiares. Passamos então a estudá-lo de forma pormenorizada.

## Capítulo 3

### **O Caso Damião Ximenes Lopes versus Brasil no Sistema Interamericano de Direitos Humanos**

O essencial no homem é, não ter outro remédio que esforçar-se em conhecer, em fazer ciência, melhor ou pior, em resolver o problema do seu próprio ser.

**Ortega Y Gasset**

O presente capítulo tem por objetivo verificar o impacto da tramitação do Caso Damião Ximenes Lopes perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos gerado ao estado brasileiro. De modo a demonstrar a eficácia da persecução judicial que, dentre outras coisas, produziu a urgência pela modificação de padrões na política de saúde em psiquiatria e pressionou através dos agentes habilitados, a reorganização da dinâmica de forças envolvidas em prol da aprovação da efetiva Reforma Psiquiátrica no poder legislativo federal.

A análise aqui proposta se baseia unicamente nos documentos emitidos pelas partes diretamente envolvidas no processo tramitado ante os Sistema Interamericano, com especial análise daqueles provindos dos representantes do estado brasileiro, tendo em vista a necessidade de verificar através dos argumentos ungidos pela oficialidade, tendo em vista a genuinidade dos atos e manifestações dos representantes estatais, bem como, os efeitos para com o processo de reforma psiquiátrica.

### 3.1 – Submissão do Caso Damião Ximenes Lopes ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos

A morte de Damião ocorrida em 04 de outubro de 1999, ensejou a repercussão midiática *a priori* local – o bastante para despertar a ação do Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial (MNLA) - e judicial, entretanto, os seus familiares buscaram também, diante da “inconformidade com a barbárie da morte” para além da jurisdição nacional, remeter uma denúncia de violação da Convenção Americana de Direitos Humanos, por parte do Estado Brasileiro, ao Sistema Interamericano (BORGES, 2009, p. 30).

No dia 22 de novembro de 1999, a irmã de Damião, Senhora Irene Ximenes apresentou em seu nome, petição por violação de Direitos Humanos contra a República Federativa do Brasil constantes dos artigos 4 (Direito à Vida)<sup>1</sup>, 5 (Direito à Integridade Pessoal)<sup>2</sup>, 11 (Direito a proteção da Honra e Dignidade)<sup>3</sup> e 25 (Direito a Recurso Judicial)<sup>4</sup> todos conexos com o dever genérico do Estado de respeitar e garantir os Direitos consagrados na Convenção Americana estabelecido no Art. 1º, parágrafo 1º da Convenção ADH<sup>5</sup>, em relação a seu irmão Damião, morto nas dependências da Casa de Repouso Guararapes, quando ali internado para receber

---

<sup>1</sup>Artigo 4. Direito à vida. 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.

<sup>2</sup>Artigo 5. Direito à integridade pessoal. 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral. 2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano.

<sup>3</sup>Artigo 11. Proteção da honra e da dignidade. 1. Toda pessoa tem direito ao respeito de sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade. 2. Ninguém pode ser objeto de ingerências arbitrárias ou abusivas em sua vida privada, na de sua família, em seu domicílio ou em sua correspondência, nem de ofensas ilegais à sua honra ou reputação. 3. Toda pessoa tem direito à proteção da lei contra tais ingerências ou tais ofensas.

<sup>4</sup>Artigo 25. Proteção judicial. 1. Toda pessoa tem direito a um recurso simples e rápido ou a qualquer outro recurso efetivo, perante os juízes ou tribunais competentes, que a proteja contra atos que violem seus direitos fundamentais reconhecidos pela constituição, pela lei ou pela presente Convenção, mesmo quando tal violação seja cometida por pessoas que estejam atuando no exercício de suas funções oficiais. 2. Os Estados Partes comprometem-se: a. a assegurar que a autoridade competente prevista pelo sistema legal do Estado decida sobre os direitos de toda pessoa que interpuser tal recurso; b. a desenvolver as possibilidades de recurso judicial; e c. a assegurar o cumprimento, pelas autoridades competentes, de toda decisão em que se tenha considerado procedente o recurso.

<sup>5</sup>Artigo 1. Obrigação de respeitar os direitos. 1. Os Estados Partes nesta Convenção comprometem-se a respeitar os direitos e liberdades nela reconhecidos e a garantir seu livre e pleno exercício a toda pessoa que esteja sujeita à sua jurisdição, sem discriminação alguma por motivo de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de qualquer outra natureza, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra condição social.

tratamento psiquiátrico. A petição teve como consorte o Centro de Justiça Global.

Importante ressaltar que, o artigo acima mencionado, relacionado à violação do Direito ao Recurso Judicial, se deve a que “embora se tenha demonstrado a existência de um Inquérito Policial e um Procedimento Administrativo, não há [à época do peticionamento perante a Comissão] notícias sobre a evolução desses procedimentos”, através do que, Irene alegou que o Estado não estava cumprindo com a obrigação de levar a cabo uma investigação judicial com o fim de estabelecer a responsabilidade pela morte do irmão, tendo em vista, principalmente que a Casa de Repouso continuava funcionando mesmo com diversas denúncias do tratamento cruel e desumano dispensado aos internos (COMISSÃO IDH, RELATÓRIO N° 38/02, 2002, p. 03).

Após receber as denúncias, a Comissão abriu prazo de 90 dias para que o Estado prestasse informações que julgasse pertinentes à denúncia. Tal prazo foi reiterado por três vezes, sem que o Estado apresentasse qualquer resposta aos fatos alegados por Irene, sendo que, tampouco contestou a admissibilidade da petição (COMISSÃO IDH, RELATÓRIO N° 38/02, 2002, p. 03).

O Relatório de admissibilidade (Relatório 38/02) da petição 12.237 (Damião Ximenes Lopes contra a República Federativa do Brasil), foi emitido em 09 de outubro de 2002. Em virtude da ausência de manifestação estatal, a Comissão admitiu a petição. Corroboraram para a admissão do Caso ao Sistema, tendo em conta, estar, em tese, perfeitamente demonstradas as competências: *ratione personae* da Senhora Irene Ximenes Lopes tanto em relação ao Estado, que é parte da Convenção ADH como em relação a seu irmão Damião, a quem o Estado se comprometeu a respeitar e garantir os direitos constantes da Convenção; *ratione materiae*, por serem as então alegadas violações de direitos humanos protegidas pela Convenção ADH; *ratione temporis e ratione loci*, porquanto, os fatos então alegados aconteceram quando a obrigação de respeitar e garantir os direitos estabelecidos pela Convenção já se encontrava em vigor no Estado em

virtude da ratificação ocorrida em 25 de setembro de 1992, e por terem os fatos acontecido na República Federativa do Brasil (COMISSÃO IDH, RELATÓRIO N° 38/02, 2002, p. 04).

Além de se estabelecer a renúncia tácita do Estado, por não haver manifestado oportunamente, ao alegar exceções de admissibilidade, como o não esgotamento dos recursos jurídicos internos ou o prazo de seis meses após o trânsito em julgado de decisão que esgota a jurisdição interna em relação a interposição da demanda na Comissão, bem como, por não existir outro procedimento internacional abordando o mesmo caso e por estarem as violações perfeitamente enquadradas ao conteúdo resguardado na Convenção Americana de Direitos Humanos (COMISSÃO IDH, RELATÓRIO N° 38/02, 2002, p. 05).

Ao fim, o relatório de admissibilidade, a Comissão IDH declara ser competente para tomar conhecimento do caso, em virtude do preenchimento de todos os requisitos de admissibilidade previstos nos arts. 46 e 47 da Convenção ADH, declarando sem pré-julgar mérito, que a petição de violação é admissível em relação aos fatos em relação aos artigos 4 (direito à vida); 5 (direito à integridade física); 11 (proteção da honra e da dignidade); 25 (direito à recurso judicial) em conjunto com o artigo 1.1 (obrigação de respeitar os direitos contidos na Convenção) (COMISSÃO IDH, RELATÓRIO N° 38/02, 2002, p. 05).

Desta maneira, uma petição que noticiou um fato ocorrido no Brasil, que deveria ser apurada, em tese, no âmbito da justiça interna, passa ao cenário internacional por conta da violação de direitos humanos representada. O Caso representou o primeiro processo internacional a que o a República Federativa do Brasil participou como sendo ré.

O Relatório Final da Petição 12.237, autuado sob o número 43/2003 datado de 08 de outubro de 2003, transmitido ao Estado em data de 31 de dezembro de 2003, concluiu que o Estado era responsável pela violação dos direitos humanos consagrados nos artigos 5º, 4º, 25 e 8º na forma do artigo 1.1 da Convenção ADH pela

hospitalização de senhor Damião Ximenes Lopes em condições desumanas e degradantes, às violações a sua integridade pessoal e ao seu assassinato, bem como às violações da obrigação de investigar, do direito a um recurso efetivo e das garantias judiciais relacionadas com a investigação dos fatos. (CORTE IDH, 2006, p. 3).

A Comissão recomendou a adoção por parte do Estado, uma série de medidas para sanar as violações. Dentre elas, que fosse feita uma investigação completa, imparcial e efetiva dos fatos relacionados com a morte de Damião Ximenes Lopes e que fossem reparados, adequadamente, mesmo através de indenização, os familiares pelas violações. Que fosse realizada investigação completa, imparcial e efetiva dos fatos relacionados com a morte de Damião Ximenes Lopes. Tal investigação deveria visar a determinação da responsabilidade de todos os responsáveis, ainda que em virtude de ação ou omissão e a sanção efetiva dos responsáveis.

Ainda, sugeriu que o Estado deveria adotar as medidas necessárias para evitar que fatos como esses ocorram no futuro. A Comissão também solicitou ao Estado, cópia do convênio celebrado entre o SUS – Sistema Único de Saúde e a Clínica de Repouso Guararapes (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 7).

Em 16 e 27 de fevereiro de 2004, o Estado apresentou apenas parte da documentação solicitada pela Comissão. Em 1º de março de 2004 durante reunião de trabalho entre as partes o Estado informou sobre os avanços no cumprimento das recomendações (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 8) No entanto, o cumprimento foi considerado apenas parcial.

Em 16 de março de 2004, o Estado Brasileiro solicitou à Comissão a concessão de uma prorrogação de prazo para a apresentação de observações relacionadas ao relatório de mérito. A prorrogação foi outorgada em 17 de março de 2004 pelo prazo de três meses. Em 17 de junho o Estado apresentou nova solicitação de prorrogação de prazo, outorgada na mesma data, pelo prazo de três meses, o que equivaleria a data de 17 de setembro de 2004 (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 8 – 9).

Em 23 de setembro de 2004, o Estado, de maneira extemporânea, apresentou relatório parcial sobre a implementação das recomendações da Comissão IDH e somente em 29 de setembro, apresentou contestação ao relatório de mérito da Comissão. Fato pelo qual, autorizou a Comissão a submeter o Caso à Corte IDH (COMISSÃO IDH, DCIDH, 2004, p. 9).

Não satisfeita com a falta de resposta do Estado Brasileiro, e por julgar insuficientes as medidas tomadas pelo Estado no cumprimento do relatório de mérito emitidos, a Comissão IDH em 1º de outubro de 2004 apresentou a demanda à Corte Interamericana de Direitos Humanos.

### **3.2 O Caso Damião Ximenes Lopes perante a Corte Interamericana de Direitos Humanos**

Na demanda do Caso à Corte IDH, a Comissão IDH solicitou a responsabilização do Estado brasileiro pela violação dos artigos 4º (direito à vida); 5º (direito à integridade física); 11 (proteção da honra e da dignidade); 25 (direito à recurso judicial) em conjunto com o artigo 1.1 (obrigação de respeitar os direitos contidos na Convenção), nos mesmos termos do Relatório de Admissibilidade 38/02 emitido pela Comissão, em prejuízo de Damião Ximenes Lopes por

Pelas supostas condições desumanas e degradantes da hospitalização do Senhor Damião Ximenes Lopes [...] pelas supostas condições desumanas e degradantes da hospitalização do Senho Damião [...], uma pessoa com deficiência mental; os alegados golpes e ataques a sua integridade pessoal indica que foi vítima por parte dos funcionários da Casa de Repouso Guararapes [...] sua morte enquanto se encontrava submetido a tratamento psiquiátrico; assim como a suposta falta de investigação e garantias judiciais que caracterizam seu caso e o mantém na impunidade (CORTE IDH, 2006, p.2).

E agrega a Corte, ressaltando o pedido da Comissão IDH de atribuir especial atenção ao tema da vulnerabilidade dos pacientes portadores de deficiência ou transtornos psiquiátricos.

Acrescentou a Comissão que os fatos deste caso se vêem agravados pela situação de vulnerabilidade em que se encontram as pessoas portadoras de deficiência mental, bem como pela especial obrigação do Estado de oferecer proteção às pessoas que se encontram sob o cuidado de centros de saúde que integram o Sistema Único de Saúde do Estado. A Comissão, por conseguinte, solicitou à Corte que ordene ao Estado a adoção de determinadas medidas de reparação citadas [...] (CORTE IDH, 2006, p. 2).

O Estado Brasileiro foi notificado em 03 de novembro de 2004 sobre as obrigações procedimentais, tal qual o Centro de Justiça Global e a Senhora Irene Ximenes Lopes. Feita esta formalidade, as vítimas apresentaram alegações prévias em 14 de janeiro de 2005, acompanhada de material probatório documental e indicação de testemunhas, solicitando a responsabilização internacional do Estado Brasileiro pela violação dos artigos da Convenção ADH já mencionados. (CORTE IDH, 2006, p. 4 - 5).

O Estado Brasileiro apresentou em 08 de março de 2005 o escrito de alegações preliminares em que levantou exceção preliminar, bem como, contestação juntamente com provas documentais, testemunhais e periciais referentes ao Caso. No que diz respeito à exceção preliminar alegada, o Estado defendeu que não se justificaria a tramitação do processo perante a Corte em virtude de que no âmbito da jurisdição interna do Estado não haviam sido esgotadas as vias e mecanismos judiciais de resolução da demanda.

Na petição de alegações prévias, o Estado Brasileiro buscou defender-se e demonstrar as ações e os entendimentos referentes ao caso. Como visto acima, o primeiro ponto a ser contestado pelo Estado foi a questão do não esgotamento dos recursos internos; após isso, buscou analisar as medidas administrativas e judiciais realizadas por ocasião da investigação da morte de Damião. Foi ainda objeto de alegações prévias um tópico referente à reparação civil consistente na pensão vitalícia concedida pelo Estado do Ceará à mãe de Damião, Senhora Albertina Viana Lopes, bem como, tópicos referentes ao Lucro Cessante, Dano Emergente e Dano Patrimonial em relação a família. Basicamente negando todo e qualquer dano

a ser reparado. Ainda, um tópico que aborda o dever de prestar custas do processo e gastos legais, aos que o Estado se eximiria em absoluto (AGU - ALEGAÇÕES PRÉVIAS, 2005, p. 6 - 35).

Abre-se também um tópico referente à garantia de não repetição dos fatos no estado brasileiro. Aqui, é dada especial atenção ao panorama da saúde mental, primeiramente no município de Sobral, Ceará e, posteriormente, são descritas as ações empreendidas no panorama pós reforma psiquiátrica.

No tocante à Casa de Repouso Guararapes, alega o estado que no mesmo mês onde tiveram lugar os fatos da morte de Damião, uma comissão de sindicância foi formada pelo município para apurar a responsabilidade da instituição. A confirmação das denúncias de maus-tratos levou o Conselho Municipal de Saúde a decretar uma intervenção de 120 dias na instituição.

Tal intervenção serviu para a tomada de decisões emergenciais visando o saneamento da situação precária em que se encontrava a Casa de Repouso. Dentre estas, fora realizada revisão dos casos clínicos dos internos, que resultou “no estabelecimento de um novo plano terapêutico centrado, principalmente em ações de reinserção familiar e social”.

Terminada a intervenção, a Casa de Repouso foi descredenciada. Tal fato levou o município a implantar ainda no ano de 2000, uma rede de atenção integral à saúde mental no município de Sobral, que representou “um divisor do modelo de auxílio à saúde mental no município, pois, entre outros aspectos, ampliou a consciência social e institucional da complexidade do fenômeno do transtorno mental, expondo as limitações das ações até então praticadas” (AGU - ALEGAÇÕES PRÉVIAS, 2005, p. 37 - 38).

Em 2000, a parceria entre o Programa Saúde da Família<sup>6</sup> e a Equipe de Saúde Mental do município de Sobral potencializou a rede de suporte aos portadores de transtornos psiquiátricos.

---

<sup>6</sup> A saúde da família está no primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerada uma estratégia primordial para a organização e o fortalecimento da atenção básica. A partir do acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. Para efetivar essas ações, é

A ideia era a de que médicos e enfermeiros, quando de sua visita aos domicílios familiares, pudessem manejar de forma efetiva situações psicossociais mais prevalentes. Entre os meses de outubro de 2000 e abril de 2001, um psiquiatra passou a realizar visitas de supervisão em esquema de rodízio, cada semana em uma localidade, com o intuito de discutir os casos de demanda psiquiátrica que dificilmente poderiam se deslocar para atendimento especializado. Nessas visitas de supervisão foram desenvolvidas as seguintes atividades: 1) discussão dos casos clínicos com base em informações do prontuário familiar ; avaliação de casos clínicos na presença de técnicos, usuários e familiares; 2) realização de visitas domiciliares de técnicos do Saúde Mental em companhia de membros do Programa Saúde da Família; 3) discussão teórica referente ao diagnóstico em saúde mental, manejo de psicofármacos e dinâmica de atendimento de pacientes neuróticos e psicóticos (AGU - ALEGAÇÕES PRÉVIAS, 2005, p. 38 - 39).

E segue o Estado, ao referir-se às internações psiquiátricas e a respectiva gestão

Dentro da mesma filosofia, foi instaurada uma nova forma de gestão das internações psiquiátricas, que foram transferidas para uma enfermaria do Hospital Geral Estevan Ponte no município de Sobral. A criação de uma Unidade de Internação Psiquiátrica teve como objetivo principal garantir uma retaguarda diferenciada aos portadores de transtornos mentais, especialmente àqueles provenientes de outros municípios, que não contavam ainda com dispositivos organizados de atenção (AGU - ALEGAÇÕES PRÉVIAS, 2005, p. 39).

Fica evidente que o Estado teve de movimentar os agentes implicados na situação da saúde em Sobral após a morte de Damião Ximenes Lopes, sobretudo no aspecto da reformulação emergencial do tipo de tratamento

---

necessário o trabalho de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, formadas por: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental. As equipes de saúde da família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção. Além disso, tem como estratégia de trabalho: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário (FIOCRUZ, s/d).

dispensado aos pacientes daquela região. O descredenciamento da Casa de Repouso e junção das políticas entre os entes federados demonstram o claro esforço pela aceleração da aprovação da, então necessária, reforma como mecanismo de justificação ao Sistema Interamericano em relação às ações que o Estado estava empreendendo.

No que atine ao tema da Saúde Mental em âmbito nacional, o estado brasileiro ressalta que somente a partir de 1990 surgem as primeiras iniciativas concretas visando a Reforma Psiquiátrica. Em especial quando da instituição do SUS, se estabelecem diretrizes da construção de uma rede psicossocial de base comunitária, em necessária substituição dos manicômios centrados na internação hospitalar de viés segregatório e isolacionista.

Aduz o estado que, entre 1990 e 1995, foi criado, a partir do SUS, um programa de vistorias, avaliações e qualificações dos serviços de psiquiatria no Brasil para que o sistema funcionasse tendo por base um quociente básico das instituições de modo a que elas fossem descredenciadas na medida em que não obtivessem boas avaliações. No entanto, essa avaliação e a efetivação de outras medidas mais contundentes necessitavam de coordenação entre os entes federados. O estado refere-se a este processo como sendo o “período inicial de aceleração da reforma psiquiátrica”, que sofreu, entretanto, muitos reveses em virtude das diversas alterações da estrutura político-gerencial do Ministério da Saúde (AGU - ALEGAÇÕES PRÉVIAS, 2005, p. 42).

Referindo-se ao período de 1996 até 1999, que compreende o momento correspondente ao da morte de Damião Ximenes Lopes, o estado relata que o fato (morte) provoca a mobilização da sociedade civil e do Parlamento Brasileiro. Demonstrando a capilaridade do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil e inclusive no Congresso Nacional. Dessa mobilização social e institucional realizou-se, no ano de 2000 a “I Caravana Nacional de Direitos Humanos – Uma amostra da realidade manicomial brasileira”.

Nesta oportunidade, foram vistoriadas 20 instituições manicomiais em 7 estados brasileiros, dando origem a um relatório que demonstra os resultados das visitas. O referido relatório acusou o que já era sabido – a existência de um modelo anacrônico de atenção à saúde mental no Brasil – e concluiu indicando a necessidade de mudanças urgentes e fazendo recomendações ao Governo Federal, Governos Estaduais e Assembleias Legislativas (AGU - ALEGAÇÕES PRÉVIAS, 2005, p. 42 – 43).

A gestão federal da saúde no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso só passou a reestruturar a área da saúde mental no Ministério da Saúde após a morte de Damião Ximenes Lopes, associada à situação crítica dos manicômios apontada pelo Parlamento, pelas entidades de classe e pelo Movimento antimanicomial, através dos eventos promovidos por estes para escancarar a situação vexatória a que os doentes se submetiam. O Ministério então passou a “ampliar seus quadros e fomentar novas medidas e empreendimentos” (AGU - ALEGAÇÕES PRÉVIAS, 2005, p. 43).

Por fim, após ressaltar outros eventos realizados pelo Estado para que fossem discutidos os rumos da política nacional de saúde mental como o Seminário “Direito à Saúde Mental” organizado pelo Ministério da Justiça e pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em que se debateu desde questões de financiamento das ações de saúde mental, fiscalização do parque hospitalar psiquiátrico e etc, o Estado relata o evento da aprovação da Lei nº 10.216 de 2001, que ficou conhecida como “Lei de Reforma Psiquiátrica”, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Reconhece o estado que esta é uma antiga aspiração do Movimento Antimanicomial e uma recorrente proposta das conferências nacionais da temática e que o texto “reflete um consenso possível” sobre uma lei nacional de reforma (AGU - ALEGAÇÕES PRÉVIAS, 2005, p. 43).

Traspassado o panorama de aprovação da reforma, o estado propõe análise referente a implantação dos diversos mecanismos previstos na Lei de Reforma Psiquiátrica a partir do ano de 2002 já sob a administração do

governo de Luís Inácio Lula da Silva, dos quais são exemplos o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos (PNASH); Programa de Reestruturação Hospitalar (PRH); Programa De Volta para a Casa; Programa de Residências Terapêuticas e mesmo o redimensionamento da atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Já no procedimento interno da Corte IDH, através de seu então Presidente, Juiz Sergio García Ramírez, ficou estabelecido que até a data de 24 de outubro de 2005 todas as provas deveriam ser produzidas e marcou para 30 de novembro e 1º de dezembro 2005 a audiência pública para escutar as alegações finais relacionadas à exceção preliminar de não esgotamento dos recursos internos para a submissão do processo à Corte e a matéria de fundo, bem como, pedidos de reparações, custas e relatos testemunhais, fixando que até 09 de janeiro de 2006, deveriam ser entregues as alegações finais escritas (CORTE IDH, 2006, p. 05).

Em 30 de novembro de 2005, teve lugar a audiência pública com os representantes e testemunhas de cada parte envolvida no processo. A audiência foi dividida em duas partes: a primeira para o julgamento da exceção preliminar alegada pelo Estado e a segunda relacionada à oitiva das partes e defesa dos representantes.

Na primeira parte, a Corte IDH, após ouvir o Estado, a Comissão e os Representantes, julgou improcedente a alegação do Estado Brasileiro e não aceitou a alegação de não esgotamento dos meios internos de recurso como óbice para o prosseguimento do processo (CORTE IDH, 2006, p. 07). Tal fato ocorreu, por conta da extemporaneidade de sua arguição, tendo em vista que deveria ter sido levantada no procedimento tramitado perante a Comissão IDH e não somente ante a Corte IDH.

Na segunda parte da audiência, a Corte recebeu dentre várias provas documentais, cinco depoimentos solicitados pelos representantes da vítima e do Estado, tomados mediante notário público.

O primeiro, solicitado pelos representantes das vítimas, foi o de Milton Freire Pereira, ex-paciente de instituições psiquiátricas e então diretor do Instituto Franco Basaglia. Em síntese, no depoimento, Milton afirma

que lhe causou “grande tristeza a degradante e humilhante morte do Senhor Damião Ximenes Lopes”, e que “sua morte se circunscreve na cultura de mortificação existente com relação às pessoas que padecem de doenças mentais”. Para ele existiria uma crença de “que não se poderia curar a doença mental”, que “seria uma consequência da segregação, clausura, violência e ausência de vínculos sociais a que são submetidas tais pessoas”. (CORTE IDH, 2006, p.09).

O depoimento de Milton Freire Pereira demonstra o impacto causado pela morte de Damião Ximenes Lopes, tal como foi, nas circunstâncias ocorridas, no movimento antimanicomial, e como a cultura segregacionista era evidente no que se refere ao padrão do tratamento dispensado aos que padeciam de doenças psiquiátricas.

Outra declaração ante notário, feito a pedido do Estado, foi a do Doutor José Jackson Coelho Sampaio, médico psiquiatra do município de Sobral. No depoimento José afirma que naquela região “desde o ano 1962 até o ano 1991 a assistência psiquiátrica se dava mediante a internação em hospitais privados, método iniciado durante a ditadura militar” (CORTE IDH, 2006, p. 10).

Que no Estado do Ceará haviam apenas seis hospitais de natureza privada, ligados à administração pública para o atendimento psiquiátrico, dentre estes figurava a Casa de Repouso Guararapes. Afirma que houve um movimento popular pela reforma psiquiátrica que resultou na criação dos CAPS entre 1991 e 1998, e que este modelo se ampliou e entre 1999 e 2000. Na declaração prestada José Jackson afirma que entre 2001 e 2005 o Estado do Ceará impulsionou o crescimento da rede de Centros de Atenção Psicossocial e incluiu a cidade de Sobral.

Sobre a Casa de Repouso Guararapes afirmou que esta “atendia uma região de quase 1 milhão de habitantes e que só possuía 110 leitos de internação” o que tornava o atendimento ambulatorial precário. Segundo José Jackson Coelho Sampaio

A atenção de saúde mental mudou muito depois que a Casa de Repouso Guararapes foi fechada em julho de 2001. Essa data marca o processo de transição

de um modelo de assistência enfocado na atenção médico-hospitalar e de manicômios, para uma abordagem descentralizada, regionalizada, com novos equipamentos e que propunha a reabilitação e reintegração social das pessoas com doenças mentais. (CORTE IDH, 2006, p. 10)

O depoimento do Doutor José Jackson Coelho Sampaio evidencia a situação calamitosa a que o tratamento psiquiátrico manicomial expunha os pacientes e a demanda enorme a que recaía sobre a Casa de Repouso Guararapes e por via de consequência, também sobre as escassas instituições credenciadas a prestar atendimento no estado do Ceará de então.

Houve ainda um terceiro depoimento solicitado pelo Estado, de Domingos Sávio do Nascimento Alves, médico e ex-coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil. Em seu depoimento, Domingos afirma que “entre 1993 e 1994 foram fechados nove mil leitos hospitalares e a taxa de morte em hospitais psiquiátricos se reduziu em 12%”, e que “os hospitais têm sido substituídos por uma rede de serviços comunitários, na qual se incluem os diversos CAPS e de assistência na rede básica de saúde”. Ainda, afirma Domingos Sávio do Nascimento Alves que “nos últimos anos o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares Psiquiátricos, interveio em diversas instituições e reestruturou a assistência psiquiátrica”. Segundo ele, a política de saúde mental no Estado tem-se focado na “humanização da atenção e na defesa dos direitos das pessoas com doenças mentais” (CORTE IDH, 2006, p. 10). Claramente em alusão ao período posterior à aprovação da reforma psiquiátrica brasileira.

Luís Fernando Farah de Tófoli, médico psiquiatra da Secretaria de Desenvolvimento Social de Sobral, afirmou que “a influência do Caso Ximenes Lopes na reorganização da atenção da saúde mental no município de Sobral é um fato inegável”. Segundo seu depoimento, o dia 10 de julho de 2000, dia do descredenciamento da Casa de Repouso Guararapes do Sistema Único de Saúde, é simbolicamente considerado pelos profissionais de saúde mental de Sobral como “a data de início do funcionamento da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental”. Essa rede estaria composta por

“um Centro de Atenção Psicossocial Geral, uma residência terapêutica, uma unidade de internação psiquiátrica em hospital geral e por ações de supervisão e educação sobre o programa de saúde familiar” e teria recebido diversos prêmios nacionais de experiência exitosa em saúde mental (CORTE IDH, 2006, p. 10 - 11).

O atendimento dos pacientes psiquiátricos do município de Sobral passou a ser, de acordo com o depoimento de Luís Fernando Farah de Tófoli, “único e exemplar e oferece um serviço de alta qualidade técnica para os moradores de Sobral e suas adjacências”. Segundo ele “a morte do senhor Damião Ximenes Lopes levou à reformulação da política de saúde mental e uma resposta adequada diante das condições insustentáveis de funcionamento da Casa de Repouso Guararapes” (CORTE IDH, 2006, p. 11).

Tal depoimento busca evidenciar as modificações ocorridas no marco da aprovação e implementação da Reforma Psiquiátrica.

Ainda à pedido do Estado, o depoimento de Braz Geraldo Peixoto, familiar de usuário do sistema de saúde mental, eleito representante de familiares perante a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde e perante a Comissão Estadual da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, traça um relato conjuntural referente ao tratamento psiquiátrico antigo, do qual segundo ele, Damião Ximenes foi vítima, passando a explicitar a luta do movimento antimanicomial pela revisão do padrão terapêutico dispensado, culminando na aprovação da Lei 10.216 de 2001 que, embora não funcione a contento, representa mudança do paradigma em relação aos portadores deste tipo de enfermidade. De acordo com Braz Geraldo Peixoto

Os fatos do caso do senhor Damião Ximenes Lopes foram consequência do antigo e obsoleto tratamento psiquiátrico, que diminuiu de forma significativa em razão da nova política de saúde mental que começou a ser implementada a partir dos anos 70. No entanto, foi a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com a participação maciça de usuários, familiares e profissionais da área de saúde, realizada no ano de 1992, que uma reorientação no modelo assistencial foi implementada, no marco da reforma psiquiátrica

no Estado. Nesse contexto, novos conceitos foram desenvolvidos, a partir de recursos humanos formados com uma visão dirigida à reorientação do modelo assistencial e capacitados para atuar na área com essa finalidade. Igualmente, os familiares e os usuários do sistema de saúde mental passaram a exercer um papel fundamental na determinação da política de saúde mental. Mediante a aprovação da Lei No. 10.216, de 2001, se lograram grandes avanços, embora essa lei não tenha alcançado todos os objetivos perseguidos pelos familiares e pelo usuários do sistema de saúde mental. Na Conferência Brasileira sobre Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), realizada em junho de 2004, com a participação de familiares, usuários e trabalhadores do sistema de saúde mental, se analisaram amplamente diversos aspectos da legislação sobre a matéria. É louvável o esforço realizado pelo Ministério de Saúde a respeito da reforma da atenção de saúde mental (CORTE IDH, 2006, p. 11)

Ainda no âmbito das provas documentais, uma perícia proposta pela Comissão IDH foi feita por Eric Rosenthal, especialista de renome internacional em matéria de direitos humanos das pessoas com enfermidades mentais. O especialista ressaltou diversos documentos internacionais que permeiam a questão do tratamento psiquiátrico em diversas frentes como em relação a conduta dos médicos e do corpo técnico de clínicas e hospitais que prestam tal tratamento. Em relação aos documentos internacionais mencionados estão a Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiência, além dos Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental. Para ele, no caso específico de Damião Ximenes Lopes, não existiram evidências de que ele representasse perigo iminente para ele mesmo ou para terceiros. Tampouco havia evidência de que quaisquer tentativas menos restritivas para controlar um possível episódio de violência seu. Portanto, o uso de qualquer forma de contenção física neste caso foi ilegal. afirmou que, uma vez contido, com as mãos amarradas competia ao Estado o “supremo dever de proteger o senhor Damião Ximenes Lopes, devido a sua condição de extrema vulnerabilidade”. E, asseverou, que “o uso de força física e o espancamento constituíram uma violação de seu direito a uma acedência humana” (CORTE IDH, 2006, p. 12).

Para Eric Rosenthal, haviam outras alternativas que poderiam ser utilizadas antes de fazer uso da força ou decidir o isolamento de um paciente. Os programas de saúde mental “deveriam se empenhar em manter um ambiente e uma cultura de cuidado que minimize a utilização de tais métodos”. O uso injustificado e excessivo da força neste caso viola o artigo 5.2 da Convenção Americana e constitui prática desumana e tratamento degradante (CORTE IDH, 2006, p. 12). Em específico ao Caso de Damião afirmou que

Dada a grande vulnerabilidade de uma pessoa em crise psiquiátrica, cabe às autoridades do Estado em grau maior de responsabilidade na proteção a esses indivíduos. O espancamento do senhor Damião Ximenes Lopes- e sua posterior morte- poderiam ter sido evitados se o Estado tivesse cumprido suas obrigações de proporcionar-lhe uma instituição com funcionários capacitados para assisti-lo em sua deficiência mental (CORTE IDH, 2006, p. 13).

Além das testemunhas arroladas ao processo como sendo “provas documentais” em virtude de terem sido colhidas em Cartório de Documentos e levados como tais até o conhecimento da Corte, também foram analisadas provas testemunhais e periciais, propostas pela Comissão Interamericana (Irene Ximenes Lopes, irmã de Damião, e; Francisco das Chagas Melo, ex-paciente da Casa de Repouso Guararapes); pelos representantes da vítima (João Alfredo Teles Melo, que à época dos fatos era Deputado Estadual no Ceará e presidia a Comissão de Direitos Humanos e Cidadania. O Estado propôs a oitiva de Luiz Odorico Monteiro de Andrade que à época dos fatos era Secretário do Desenvolvimento Social e Saúde do Município de Sobral – CE.

A primeira testemunha a se manifestar foi Irene Ximenes Lopes. Ela relatou os fatos e circunstâncias da morte de seu irmão e elucidou os danos causados pela morte dele nos membros da família (CORTE IDH, 2006, p. 13 - 14).

Após foi ouvido o ex-paciente da clínica, Francisco das Chagas Melo que relatou que foi vítima de agressão na Casa de Repouso Guararapes e

que soube de diversos outros casos de violência praticados, inclusive identificando pessoas que cometiam tais atos (CORTE IDH, 2006, p. 14).

O Deputado João Alfredo Teles Melo relatou que presidia a Comissão de Direitos Humanos e Cidadania do Estado do Ceará e que após esta ser informada a respeito dos fatos ocorridos na Casa de Repouso Guararapes convidou a irmã de Damião e outros pacientes para prestar depoimento e para diversos órgãos competentes foram encaminhados ofícios solicitando informações. Ainda que foram até a instituição para uma visita *in loco* onde se verificou as “péssimas condições de higiene; dos pacientes; sem um responsável da área médica presente” evidenciando que “o Estado não fiscalizou adequadamente a Casa de Repouso Guararapes”, e acrescentou ainda que após a morte de Damião houve avanço na atenção de saúde mental no município de Sobral, mas “ainda está longe de se alcançar a concepção ideal de reforma psiquiátrica” (CORTE IDH, 2006, p. 15).

Por parte do Estado, a testemunha Luiz Odorico Monteiro de Andrade, que era Secretário do Desenvolvimento Social e Saúde do Município de Sobral afirmou que a Casa de Repouso já havia sofrido várias admoestações e que “se estava criando um sistema de saúde mental com o objetivo de desativar o hospital”, mas que em virtude da importância regional “era difícil fechá-lo imediatamente” (CORTE IDH, 2006, p. 15 – 16).

Foi ouvida também a testemunha Pedro Gabriel Godinho Delgado, Coordenador Nacional do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde, filho do Deputado Paulo Delgado, autor do projeto de lei da reforma no legislativo. Ele relatou dados referentes à transformação ocorrida não só no Estado do Ceará como no Brasil no tocante à atenção dispensada aos acometidos por moléstias psiquiátricas após a aprovação da Lei 10.216 de 2001.

Ele afirmou que desde a morte de Damião, houve no Estado do Ceará uma redução de 19.000 leitos psiquiátricos em instituições hospitalares semelhantes à Casa de Repouso Guararapes e fez registrar que

Entre os anos de 1999 a 2005, foram criados de quinhentos a seiscentos serviços extra-hospitalares, capazes de atender a situações graves de saúde mental,

sem a necessidade de hospitalizar o paciente. Foram também criados outros tipos de serviço, como as residências terapêuticas capazes de receber pacientes menos graves (CORTE IDH, 2006, p. 16).

Para Pedro Gabriel Godinho Delgado a aprovação da Lei 10.216 de 2001 constituiu período de significativo debate em âmbito nacional referente às condições de vida do tratamento dispensado aos pacientes do sistema psiquiátrico, em que se comprovou a necessidade da mudança do modelo de assistência em instituições como a Casa de Repouso Guararapes “por uma rede de cuidados aberta e localizada na comunidade e com o controle externo da internação psiquiátrica involuntária”.

Em relação a mudança representada pelo modelo implantado pós-aprovação da Reforma Psiquiátrica, descreve Godinho Delgado que

[...] hoje, no Brasil, vive-se um processo de transição para um modelo de atenção psiquiátrica baseada nos direitos do paciente, na atenção integral, no respeito aos seus direitos individuais e na participação dos familiares no tratamento (CORTE IDH, 2006, p. 16)

Após a audiência, houve prazo para a apresentação das “Alegações Finais” das partes. Neste momento processual tanto a Comissão IDH como os representantes das vítimas, se ativeram a discutir os pontos relacionados às pretensões pleiteadas por estas. Diferentemente do estado que, como era de se esperar, ressaltou em suas alegações finais, protocoladas a 08 de janeiro de 2006, o “vigor” de suas ações para evitar a não-repetição do caso. É exemplo desta retórica o seguinte excerto:

Considerando que, nesta controvérsia internacional, como questão de fundo, está em debate a forma de tratamento dispensada pelo Estado brasileiro às pessoas portadoras de transtornos mentais, cabe destacar que o Estado demonstrou ter implementado, nos últimos anos, uma política de saúde mental reconhecida internacionalmente, com ênfase na não-internação e nos direitos humanos dos portadores de sofrimento psíquico. Essa política tomou por base décadas de atuação dos movimentos sociais, particularmente os de luta anti-manicomial, sendo o retrato da democratização da saúde pública brasileira (AGU - ALEGAÇÕES FINAIS, p. 04)

E ainda, segue o estado, agora referindo-se à aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica e a revolução do padrão terapêutico experimentado.

Nessa linha, a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que determinou a reforma do sistema de saúde mental no Brasil, foi em grande medida orientada pela percepção de que a concepção das instituições manicomiais dava margem a violações de direitos humanos, a exemplo das que ocorreram na Casa de Repouso Guararapes. O atual sistema prioriza o atendimento residencial ou ambulatorial dos pacientes e não mais a privação de sua liberdade. (AGU – ALEGAÇÕES FINAIS, p. 04)

Após a apresentação das Alegações Finais pelas partes, a Corte emite sua sentença em 4 de julho de 2006. Nesta peça processual, ela efetiva uma análise prévia de cada ponto e argumento trazido pelas partes, bem como, fixa a responsabilidade do Estado para com todos os envolvidos.

É importante destacar a menção feita pela Corte dentro de suas considerações, no tópico específico que trata das “outras formas de reparação”, abordando as “medidas de satisfação e garantias de não-repetição” que para além da reparação pecuniária referente aos danos materiais e imateriais sofridos pela família de Damião, visam reparar aqueles danos de natureza imaterial que independem de ganhos pecuniários para a efetiva depuração como a desculpa pública e formal do estado; atos simbólicos diversos, e; ações alegadamente já tomadas pelo Estado desde o início da tramitação.

Nesse ponto, a Corte reconhece que o Estado adotou uma série de medidas para melhorar as condições da atenção psiquiátrica nas instituições do Sistema Único de Saúde. Com especial atenção se reconheceu a nomeação do Centro de Atenção Psicossocial de Sobral “Damião Ximenes Lopes” como forma de conscientização quanto à não-repetição de fatos lesivos ocorridos e para manter viva a memória da vítima.

Em relação às ações realizadas pelo Estado de âmbito nacional, a Corte pondera que

O Estado também adotou várias medidas no âmbito nacional, entre as quais estão a aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, conhecida como “Lei de Reforma Psiquiátrica”; a realização do seminário sobre “Direito à Saúde Mental – Regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216”, em 23 de novembro de 2001; a realização da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2001; a criação a partir de 2002 do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos; a implementação em 2004 do Programa de Reestruturação Hospitalar do Sistema Único de Saúde; a implementação do “Programa de Volta para Casa”; e a consolidação em 2004 do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental (CORTE IDH, 2006, p. 79).

Como se vê, a Corte valoriza as ações empreendidas pelo Estado, mormente, no que diz respeito à aprovação da Lei nº 10.216 de 2001 e outras atividades voltadas para a discussão da aplicação da mesma. Tais ações, no caso de eficaz aplicação “possibilitará o melhoramento do atendimento de saúde e sua regulamentação e fiscalização junto ao Sistema Único de Saúde” (CORTE IDH, 2006, p. 79).

Já nos pontos resolutivos da Sentença, a Corte IDH decide que o estado violou, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, tal como o reconheceu, os direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção IDH<sup>7</sup>, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1<sup>8</sup> do mesmo instrumento.

Em relação às senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes (mãe e irmã) e dos senhores Francisco Leopoldino Lopes e Cosme Ximenes Lopes (pai e irmão), o estado violou o direito à integridade pessoal consagrado no artigo 5º da Convenção IDH, em relação à obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 155 a 163 da presente Sentença.

Ainda, prediz a sentença que o estado violou, em detrimento das senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes, os direitos às garantias judiciais e à proteção judicial consagrados nos artigos 8.1 e 25.1

---

<sup>7</sup> Referentes ao Direito à Vida e Direito à Integridade Pessoal, respectivamente.

<sup>8</sup> Referente à obrigação de respeitar os Direitos resguardados.

da Convenção Americana, na modalidade do artigo 1.1 (CORTE IDH, 2006, p. 83)

Nas disposições finais, onde são decididas as medidas de reparação efetivas, a Corte IDH dispõe que “o Estado deve garantir, em um prazo razoável, que o processo interno destinado a investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos deste caso surta seus devidos efeitos (...)”; que o “estado deve publicar, no prazo de seis meses, no Diário Oficial e em outro jornal de ampla circulação nacional, uma só vez, o Capítulo VII relativo aos fatos provados desta Sentença (...) bem como sua parte resolutiva” (CORTE IDH, 2006, p. 84).

No tocante ao processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, ordena a Corte IDH que o

Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos nesta Sentença (...) (CORTE IDH, 2006, p. 84).

Por derradeiro a Corte IDH estabelece a reparação pecuniária aos familiares de Damião Ximenes e os mecanismos de supervisão do cumprimento da sentença, que cessaria apenas quando o estado brasileiro desse cabal cumprimento às medidas.

Com isso, pouco mais de seis anos após a morte de Damião - prazo não tão razoável à duração de um processo, mas muito mais célere e eficaz que os processos tramitados na jurisdição nacional -, a família logrou ver exposta a sua situação e ter reparados os danos morais e materiais cabíveis. O Estado Brasileiro, condenado, demonstrou, ao menos no plano dos argumentos processuais, vontade de reformular a política pública dispensada aos que padecem de doenças psiquiátricas, tendo acelerado a dinâmica pela aprovação da mesma.

A história brasileira mostra a dificuldade da implementação de políticas sociais efetivas a sanar as chagas sociais. Com períodos cujos

governos não se preocupavam em absoluto com tais políticas e outros de aparente compromisso. Foi somente com a “luta” no plano das ideias, norteadas pelos movimentos sociais, que as maiores e mais efetivas reformas aconteceram. Passaremos, portanto, do plano internacional – onde fez-se justiça pela violação de direitos humanos e pelo descaso por parte do Estado – para o conjuntural doméstico, de modo a entender o sistema nacional de proteção social, tão vilipendiado por interesses espúrios, até a institucionalização da Reforma Sanitária culminada com a criação do SUS.

## Capítulo 4

### As Políticas de Proteção Social no Estado Brasileiro (1964 – 1993)

Nossa vida política baseia-se na suposição de que podemos produzir igualdade através da organização, porque o homem pode agir sobre o mundo comum e mudá-lo e construí-lo juntamente com os seus iguais, e somente com os seus iguais. O cenário obscuro do que é simplesmente dado, o pano de fundo constituído por nossa natureza imutável, adentra a cena política como elemento alheio que em sua diferença demasiado óbvia, nos lembra das limitações da atividade humana.

**Hannah Arendt**

Após realizarmos uma verdadeira incursão pelos demarcadores internacionais de proteção à temática dos Direitos Humanos, visando demonstrar o instrumental institucional existente para a sua proteção e, ainda, visitarmos a questão referente ao Caso Damião Ximenes Lopes e sua tramitação perante o Sistema Interamericano, reflexo prático da utilização do instrumental mencionado, passamos agora a uma outra mirada.

O presente capítulo versa sobre a conjuntura nacional no que tange ao aspecto do respaldo dado pelas políticas de seguridade social desde o início do Regime Militar (1964) até as efetivas medidas governamentais de implantação da Reforma Sanitária, no processo de transição, consubstanciada no estabelecimento do Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição de 1988, até o início das medidas governamentais práticas, em prol de sua efetivação em 1993.

Esse viés internalista mostra-se necessário em vista a que, embora os estados tenham se submetido a compromissos e standards internacionais

de proteção de diversos temas, dentre os quais, pode-se citar, inclusive, a seguridade social, desde o fim da Segunda Guerra Mundial, as dinâmicas internas aos estados, podem construir ou desconstruir políticas, direitos e prerrogativas ao prazer da conjuntura, com o transcorrer do tempo.

Por exemplo, ao passo em que os países capitalistas, a partir da década de 1970, filiavam-se ao neoliberalismo, corrente hegemônica aplicada no contexto da reestruturação destes e do fim da bipolaridade mundial. Esta conjuntura deu origem a um conjunto de regras e condicionantes padronizadas a diversos países e regiões do mundo, para obter o apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais, dentre as quais, foram tendências a adoção de políticas macroeconômicas de estabilização, acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes (ajuste fiscal, desregulamentação dos mercados, privatização do setor público e redução do Estado, dentre outras) (FAGNANI, 2011, p. 14). Concomitantemente, a agenda dos organismos internacionais assentava-se na desregulação do mercado de trabalho, no desenvolvimento do capital humano e nos valores e princípios do estado mínimo. No Brasil, a receita neoliberal até se verificou, em maior ou menor medida entre alguns governos, conforme se verá, mas, não logrou consolidar-se de modo claro e unânime, ao longo do tempo, em virtude da conjuntura apresentada, em especial no período de transição para a democracia com forte protagonismo dos movimentos sociais articulados com os anseios da sociedade civil que costuraram um momento antagônico ao modelo ditado.

Sobre o tema, em especial sobre a proteção social no estado brasileiro esclarece Eduardo Fagnani (2011, p. 39)

Definitivamente, a agenda brasileira não é aquela que os organismos internacionais querem impor ao mundo. A singularidade do caso brasileiro, está em que o movimento social acumula mais de três décadas de luta para construir um modelo de proteção social inspirado na experiência da social democracia europeia do pós-guerra. Nesse sentido, e pelas razões expostas, entende-se que, a agenda da OIT está superada para o Brasil no campo da Seguridade Social.

E segue,

Nas últimas décadas, a sociedade foi exitosa na difícil tarefa de construir patamares mínimos de seguridade social. Nessa árdua marcha, foram demarcados mecanismos de controle social, fóruns de debates democráticos, arranjos financeiros e articulações institucionais (baseados na cooperação federativa). Mais importante: a maior parte desses avanços encontra amparo legal na Constituição da República.

Levando em consideração este ambiente, o presente capítulo objetiva, demonstrar a conjuntura interna que levou o estado brasileiro a apresentar as condições necessárias para a ocorrência do Caso Damião Ximenes Lopes, apesar da existência de políticas de proteção social e seguridade social e de ter, após uma dinâmica relação de forças, alcançado diversos e importantes avanços na área da saúde pública, a partir da efetivação da Reforma Sanitária.

Neste exercício de analisar a conjuntura governamental em matéria de proteção social, partimos do início do Regime Militar analisando divisões temporais utilizadas por grande parte da bibliográfica histórica em matéria de saúde e previdência social. Seriam eles, os períodos de 1964 – 1973 (Governos dos Generais Humberto Castelo Branco, Arthur da Costa e Silva e parte do governo do General Emílio Garrastazú Medici); 1974 – 1979 (Governo do General Ernesto Geisel); 1979 – 1985 (General João Figueiredo), articulando estes últimos períodos com o surgimento do Movimento de Reforma Sanitária e no ambiente de transição 1985 – 1990 (Governo de José Sarney após o falecimento de Tancredo Neves) e por fim, após a promulgação da Constituição Federal, entre 1990 e 1993, analisando a dinâmica de implementação da Reforma entre os governos de Fernando Collor de Mello e, principalmente, Itamar Franco que assumiu as primeiras medidas veementes da reforma no aparato governamental em atendimento ao que prevê a Constituição Federal.

Tal recorte se justifica pelos seguintes aspectos. O período inicial da análise se coaduna com o da criação por parte da Organização dos Estados

Americanos no plano internacional da Convenção Americana de Direitos Humanos e com a instauração do Regime Militar no Brasil. A fim de estabelecer uma relação dialética entre o que se estava gestando no ambiente internacional e doméstico é que materializa o início da análise. Transpassadas as divisões temporais já descritas, colocamos termo na análise com a singular incorporação da política de implantação da reforma sanitária realizada pelo ministro da saúde Jamil Haddad, no governo de Itamar Franco. Este período culminado com um projeto de estruturação financeira de estados e municípios com vistas à implantação do Sistema Único de Saúde também foi concomitante à extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), possibilitando a reestruturação do sistema de saúde e previdência social no Brasil.

Não se descarta os avanços e retrocessos sofridos na política de saúde e previdência nos anos posteriores à análise. No entanto, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica, que será objeto de capítulo posterior, compôs parte da dinâmica do Movimento pela Reforma Sanitária e, para melhor analisar o primeiro movimento, mostra-se imprescindível demonstrar a relação de dinâmica social em que este esteve inserido, de modo a compreender a tessitura da conjuntura em que se está navegando.

Não se busca neste capítulo, analisar cabalmente todas as medidas tomadas por cada governo, mas sim, abordar linhas gerais de ação destes para com a área proposta.

Denominaremos, neste capítulo, movimentos sociais, como sendo “o conjunto de formas de associação, independentemente de qual fosse o tipo de reivindicação e de qual tipo de articulação institucional tenham conseguido alcançar” (GERSCHMAN, 1995, p. 65).

#### **4.1 - Políticas Sociais do Governo Militar entre 1964 e 1973**

A partir de 1964, o Estado Brasileiro esteve submetido ao Governo Militar. Desde sua instalação, o modelo burocrático-autoritário significou a afirmação para a totalidade da sociedade brasileira de uma tendência de

desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país diferente, em relação ao período imediatamente anterior.

Inseridos em um contexto estratégico de interesses e embates ideológicos e econômicos provenientes da guerra fria, os golpes militares da década de 1960 foram, via de regra, patrocinados por potências econômicas, sob a hegemonia norte-americana, com o intuito de internacionalizar o capital, imobilizar os protagonistas sócio-políticos habilitados a resistir a esse processo além de mobilizar as tendências contrárias à revolução e ao socialismo (FERNANDES apud BRAVO, 1996, p. 26).

Entre 1969 e 1973, o Brasil viveu o período denominado “milagre”, ao combinar inflação relativamente baixa e um crescimento econômico em média de 11,2% ao ano. O economista Delfim Netto, à frente do Ministério da Economia, se utilizou primeiramente de uma conjuntura internacional favorável, caracterizada pela disponibilidade de recursos, inclusive para empréstimos. Aliado a isso, cresceu também o interesse dos investidores estrangeiros, como a indústria automobilística que passou a liderar o setor industrial do período. Houve um aquecimento das cadeias produtivas que geraram uma diversificação da pauta de exportações, incentivadas por desonerações tributárias como incentivo. Como via de contramão, as importações também foram ampliadas neste período, tendo em vista, a necessidade de sustentar o crescimento econômico substantivo. Dentre os principais produtos importados, destaca-se o petróleo (FAUSTO, 2012, p. 268 – 269).

Toda a dinamicidade da economia aumentou a capacidade de arrecadação de tributos que permitia a redução do déficit público e da inflação. Ponto fractal de vulnerabilidade da política econômica do “milagre” foi a de que o manutenção da economia aquecida dependeria excessivamente do sistema internacional (FAUSTO, 2012, p. 268 – 269).

Com o privilegiamento da indústria, a política econômica do período favoreceu muito a concentração de renda das classes média e alta, ao passo que o salário dos trabalhadores se viu minorado

Isso resultou em uma concentração de renda acentuada que vinha já de anos anteriores. Tomando-se como 100 o índice do salário mínimo de janeiro de 1959, ele caíra para 39 em janeiro de 1973. Esse dado é bastante expressivo se levarmos em conta que, em 1972, 52,5% da população economicamente ativa recebia menos de um salário mínimo e 22,8% entre um e dois salários. O impacto social da concentração de renda, entretanto, foi atenuado. A expansão das oportunidades de emprego permitiu que o número de pessoas que trabalhavam, por família urbana, aumentassem bastante (FAUSTO, 2012, p. 269).

No aspecto social, a despeito do recrudescimento em matéria de exercício dos direitos individuais e das liberdades públicas, o governo militar fez uso de um modelo político calcado no binômio repressão-assistência com especial atenção à ampliação do modelo assistencial já implantado nos governos anteriores, burocratizando e modernizado, buscando aumentar, desta forma, o poder de regulação sobre a sociedade e suavizar as tensões sociais, logrando legitimação para o regime e ainda, buscando servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO, 1996, p. 29).

As principais medidas implementadas no período, relativas às políticas sociais, foram o então inovador Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público (PASEP). Todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) existentes, foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) a partir de 1966, com o que os benefícios para os trabalhadores segurados foram uniformizados pela centralização.

A organização altamente centralizada eliminou a gestão tripartite (União, empregadores e empregados) relativa a previdência social, afastando os últimos dos processos decisórios, sendo-lhes resguardado o papel de financiadores (SCOREL, 2008, p. 1). Buscava-se com essa medida materializar o manutenção do crescente papel interventivo do estado e o alijamento dos trabalhadores do jogo político (BRAVO, 1996, p. 30).

Houve também neste período a ampliação da cobertura previdenciária para acidentes de trabalho, quer seja para trabalhadores rurais, domésticos e autônomos. Aqueles que não contribuía diretamente com

a previdência social podiam obter atenção à saúde desde que integrassem o perfil dos programas (materno-infantil, tuberculose, hanseníase, etc.), em serviços filantrópicos ou, para aqueles que pudessem pagar, em consultórios e clínicas privadas (SCOREL, 2008, p. 1).

A saúde pública do período inicial do Governo Militar se desenvolveu com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política social as tendências das diretrizes econômicas implantadas (BRAVO, 1996, p. 30). Isso fica demonstrado primeiramente pelo fato de que até 1964, a assistência médica previdenciária era prestada, principalmente, pela rede de serviços próprios dos IAP's, compostas por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A partir da criação do INPS, a retórica de arrefecimento e incapacidade do fornecimento de uma assistência médica a todos os beneficiários levou a priorização da terceirização dos serviços.

Essa tendência, aliás, foi ampliada e estabelecida para todos os ministérios, nas Constituições Federais de 1967 e 1969 e no Decreto-Lei nº 200 de 1967, que dispôs sobre a organização da Administração Federal, estabelecendo diretrizes para a Reforma Administrativa de 1967 (SCOREL, 2008, p. 2).

Assim, a política desenvolvida pelo regime foi de encontro com o anseio da “elite dirigente tecno-burocrata” da época, assim definida por Maria Inês Souza Bravo (1996, p. 30), ao expor que para esta, as deficiências, especialmente da saúde pública, se caracterizavam pela “ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; sendo que, portanto, os problemas deveriam ser resolvidos pela tecnocracia através da privatização dos serviços” ao que o Governo prontamente assentiu.

O INPS, então, passou a priorizar a utilização de serviços privados na efetiva prestação de saúde, norteados a prática da atividade médica baseada exclusivamente no lucro, associada à total falta de gestão de acompanhamento da prática e fiscalização institucional ou clínica do serviço prestado, trazendo à baila um já à época conhecido amálgama social brasileiro: a corrupção. Nos corrobora a questão Sarah Escorel (2008, p. 2)

O credenciamento e a remuneração por Unidades de Serviço (US) foi um fator incontrolável de corrupção: os serviços inventavam pacientes ou ações que não tinham sido praticadas ou faziam apenas aquelas que eram mais bem-remuneradas, como o parto por cesariana ao invés do parto normal.

E segue,

Outra modalidade sustentada pela previdência social foi a dos convênios com empresas, a medicina de grupo. Nesses convênios, a empresa assumia a assistência médica aos seus empregados e deixava de contribuir ao INPS. Os serviços eram prestados por empresa médica (medicina de grupo) contratada, que recebia um valor fixo por trabalhador, a cada mês. Dessa forma, quanto menos atendesse, maior seria o seu lucro. Entretanto, os casos mais complexos ou que exigissem mais tempo de internação continuavam a ser atendidos pela previdência social.

Associado a tais práticas, o Ministério da Saúde (MS) era dotado de um baixo orçamento total que representava menos de 2% do PIB nacional do período, resultando na ineficiência total da prestação de saúde pública, calcada no conservadorismo de que cujas ações estariam restritas a campanhas pontuais e de baixa eficácia (SCOREL, 2008, p. 2).

Em 1968, até fora engendrado um plano nacional de saúde, elaborado pelo Ministro Leonel Miranda, mas ele fracassou antes de ser implantado devido ao “prejuízo que traria no longo prazo para a organização privatizante do sistema de atenção médica e para os cofres da previdência social”. O cerne do plano criado pelo ministro que, além de exercer tal função, era proprietário de diversas instalações hospitalares, consistia na venda de hospitais públicos para particulares, alienados a preços irrisórios, para um reduzido grupo de empresários articulados com o centro de decisão política do regime. Esse plano foi executado, experimentalmente, em algumas localidades, mas encontrou enormes resistências, inclusive do próprio corpo técnico da previdência social (SESTELO, 2014; SCOREL, 2008, p. 2).

Entre 1968 e 1974, após o malfadado Plano Nacional de Saúde, não há que se falar em grandes ações institucionais nessa matéria, mas sim,

apenas na integração pontual de programas setoriais de atenção médica, sob a égide da previdência social, que organizou o funcionamento e o financiamento destes através de regulamentos. Esse novo padrão de organização dos serviços médicos pautando-se prioritariamente na contratação terceirizada de profissionais tornou altamente lucrativa a prática médica de viés privado junto ao estado, que tratava a questão como se importância estratégica, executada pelo INPS (BRAVO, 1996, p. 32 – 33).

Os profissionais da área da saúde pública “se viram como filhos deserdados” tendo em vista que a redução de gastos nessa área atendeu a anseios políticos, com base na medicina previdenciária e não obedeceu a indicadores sociais, que assistia, por exemplo, a mortalidade infantil crescer de 67,8 em 1964 para cada mil nascidos vivos para 89,5 em 1970 (BRAVO, 1996, p. 31).

#### **4.2 - Políticas Sociais do Governo Militar entre 1974 e 1979**

Em 1974, com a instalação do governo do General Geisel, teve início o processo de distensão política “lenta, gradual e segura” do regime, em virtude da não consolidação hegemônica do bloco de poder instalado no aparelho estatal desde 1964.

A distensão coincidiu com o período de crise do “milagre brasileiro”, em um momento contraditório, em que a despeito de esboçar um projeto de distensão, a repressão se mostrava presente pelos atos da “linha dura” da alta cúpula militar, contrária a liberalização do regime e, em que, o aprofundamento da dívida externa, a elevação da inflação e a recessão econômica, faziam com que o PIB do país não crescesse tanto como nos primeiros anos do Governo Militar, trazendo o desemprego, a diminuição do poder aquisitivo, a pauperização das classes trabalhadoras, resultando no crescimento da mortalidade infantil e na exposição a doenças infecciosas (FAUSTO, 2012, p. 269; BRAVO, 1996, p. 34; ESCOREL, 2008, p. 3; TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995, p. 215).

No relativo ao tema da saúde pública, o quinquênio 1974 a 1979, foi marco temporal do II Plano Nacional do Desenvolvimento (PND). Este plano atribuiu o reconhecimento de que a questão do desenvolvimento social deveria ser associada ao desenvolvimento econômico e, para isso, precisava-se avançar na definição de políticas sociais com objetivos próprios. O referido plano reconheceu que, desde a implantação do regime, as questões atinentes à saúde e a educação não tiveram resposta correspondente aos avanços econômicos do país (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995, p. 215).

Tal redirecionamento tornava claro o fato da importância de uma revisão nos paradigmas utilizados até então pelo regime no estabelecimento das políticas de saúde. A primeira medida e, quiçá mais evidente daquele período, ocorrida com a implantação do II PND foi a alteração de cunho institucional na política de saúde do estado brasileiro. Trata-se da Criação do Ministério da Previdência e Assistência Social com a Lei Federal nº 6.025, de 25 de junho de 1974, cravando uma redistribuição das atribuições deste e do Ministério da Saúde (criado em 1953). Conforme aduz Maria Inês Souza Bravo (1996, p. 41 - 42), sobre a reformulação institucional

A primeira, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, tinha por intencionalidade demonstrar o interesse do governo pela Previdência Social. O MPAS não apresentou, contudo, um plano global consistente, constituindo-se numa junção de órgãos, incluindo duas fundações de caráter nacional [...]. Nesse mesmo ano, foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) com a finalidade de assessorar o Presidente da República na formulação da política social e garantir a coordenação dos ministérios envolvidos com a implementação dessa política, mas não se conseguiu desenvolver essa ação coordenadora.

Isto é, em relação à saúde, o II PND estabeleceu duas grandes áreas institucionais representadas pelo Ministério da Saúde (MS) que passou a ter função eminentemente normativa, com ação direcionada para medidas e atendimentos de viés burocrático, regulamentar e normativo e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com atuação voltada, principalmente, para o atendimento médico-assistencial individualizado e o

gerenciamento das instituições previdenciárias. No que respeita ao Conselho de Desenvolvimento Social, caberia a este o acompanhamento da implementação das diretrizes do II PND (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995, p. 215).

Este panorama de reconfiguração institucional é incrementado, a partir de 1975, quando o MS teve seus recursos aumentados e a previdência, com a unificação e centralização de recursos, se viu robustecida. Desta forma, o II PND logrou a abertura de espaços institucionais para o desenvolvimento de projetos que, conforme Sarah Escorel (2008, p. 4) se prestaram a

absorver intelectuais e técnicos de oposição ao governo militar, formando uma rede de sustentação de projetos e pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de Saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de desenvolvimento de recursos humanos.

Dentre os movimentos oposicionistas ao Governo Militar que se tornaram substantivos à construção destes projetos de viés alternativo em matéria de saúde está o Movimento Sanitário, que será o precursor reclamante da efetiva reformulação do serviço em saúde pública a que devotaremos um aparte específico.

Toda essa alteração institucional que envolveu o II PND, visava, sobretudo, revigorar a legitimidade do governo militar e, não necessariamente representava uma ruptura com o modelo adotado no pós 64, tendo em vista que, se continuou a priorizar os interesses empresariais, através da contratação de serviços do setor privado. O que aparentemente modificou-se foi o ambiente político da distensão proposta, que assistiu o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), partido opositor ao regime, alcançar maioria no Senado Federal e organizar uma coalisão pelas reformas necessárias, através de questionamentos e do albergamento das mais diversas demandas populacionais reformistas (CAMPOS, 1994, p. 90 – 96; BRAVO, 1996, p. 34 – 40).

Portanto, do II Plano Nacional de Desenvolvimento o que se destaca é a ocorrência do reforço do modelo privatista implantado desde o início

do governo militar, enquanto, por outro lado, houve abertura para um ambiente de discussão das ações governamentais de saúde em que o Movimento Sanitário de maneira localizada e marginal passou a utilizar, com a autorização do Estado, tendo por objetivo, demonstrar, ainda que de maneira pontual, outra maneira de conceber a prática da medicina e, por consequência da saúde (CAMPOS, 1994, p. 90 – 96). As atividades tiveram como diretrizes

a utilização da rede pública para uma atenção integral; introdução de mecanismos de planejamento na administração dos serviços; introdução da perspectiva da co-gestão entre os órgãos públicos; participação dos profissionais e da população no controle da gestão de serviços (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995, p. 215).

Este ambiente de interação consistiu nas bases institucionais que estimularam o movimento sanitário em seu processo de articulação e crescimento (SCOREL, 2008, p. 4).

Em 1974, como um desdobramento das ações do II PND, foi instituído o FAS (Fundo de Assistência à Saúde) que buscava atender ao financiamento das políticas de saúde, educação, saneamento, trabalho, assistência social e outros. Os recursos deveriam ser destinados, preferencialmente, aos projetos de interesse público ou privado, naquelas áreas, tendo natureza de fundo perdido quando destinados ao setor público e, quando destinados ao setor privado, aplicava-se juros subsidiados, administrados pela Caixa Econômica Federal (MANSUR, 2001).

Em relação ao FAS, em 1977, três anos após sua instituição, dos recursos investidos na área da saúde e da previdência, 20,5% se destinaram ao setor público e 79,5% ao setor privado, tornando clara a instrumentalidade privatista que o envolveu (BRAVO, 1996, p. 42).

Ainda como desdobramento do II PND, em 1974, foi formulado o Plano de Pronto Ação (PPA), criado para universalizar o atendimento médico, principalmente ambulatorial e de emergência. O PPA visava “possibilitar acesso, à consulta médico-ambulatorial através da rede privada contratada e conveniada, universalizando o atendimento de

urgência". Isto é, conforme Simone Rossi Pugin e Vania Barbosa do Nascimento (1996, p. 5) tratou-se da "confirmação do discurso pró compra de serviços", traduzindo-se no fortalecimento da burocracia previdenciária e do setor privado, mercantilizando a prestação e consolidando a absorção da assistência à saúde pelo MPAS. Isso em verdadeira afronta ao MS que possuía em seu interior, um grupo de técnicos que combatiam os interesses do setor privado - encastelado na previdência social -, que buscava resgatar o papel condutor da política de saúde para o MS.

Enfrentando oposição interna, esse grupo adotou uma proposta de atuação cujo corpo doutrinário era o da medicina comunitária e de extensão de cobertura difundido pelos organismos internacionais - programas fundamentados nos conceitos de regionalização, hierarquização, integração dos serviços, cuidados primários a cargo de auxiliares de saúde e participação comunitária. Para ocupar o papel de coordenador da política de saúde, o MS ocupou espaços de 'conflito não-conflagrado' como o das Conferências Nacionais de Saúde (SCOREL, 2008, p. 4 - 5).

Sobre o PPA, a previdência comprometia-se a pagar os atendimentos médico-ambulatoriais tanto à rede pública quanto à rede privada, independentemente do vínculo previdenciário do paciente. Para Sarah Escorel (2008, p. 4), o PPA, na verdade fora "amplamente utilizado para o enriquecimento ilícito de empresas médicas. Em 1978, o presidente do INPS reconheceu a existência de seiscentas mil internações desnecessárias. O PPA fez da saúde um negócio altamente lucrativo." E, embora ele tenha representado grande impacto político, tendo em vista a desburocratização do atendimento dos casos de emergência, revelou-se também objeto de inúmeras fraudes, vez que o recém criado INAMPS, não possuía mecanismos apropriados para controlar os atendimentos do Programa.

Já em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), como parte da institucionalização do MPAS, através da criação do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social), LBA

(Fundação Legião Brasileira de Assistência), FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor), DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social) e o CEME (Centro de Medicamentos) como um intento de racionalizar e tornar o sistema mais eficaz. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989, p. 257).

Desse modo, embora tivesse representado um intento de se obter nova orientação para o setor, o II PND consistiu basicamente em reformas institucionais que deram prevalência aos problemas de ordem administrativa e gerencial que influenciavam a saúde e a assistência médica do que efetivamente os determinantes estruturais como o sistema privatista e o caráter interventivo da medicina praticada, indo na contramão dos anseios do Movimento Sanitário.

#### **4.3 - Movimento Sanitário**

Inserida num processo de distensão do governo militar, a década de 70 possibilitou a reorganização e o conseqüente reaparecimento das forças sociais que lutavam por recuperar o espaço desconstruído pelo golpe de 64. Os movimentos sociais articulados, como os sindicatos, os trabalhadores rurais, certa parcela da Igreja Católica, as entidades de classe e os movimentos sociais urbanos, prestavam-se neste período a influenciar a relação de forças em prol da distensão (BRAVO, 1996, p. 38). Ressurgiam, portanto, de maneira a fazer frente ao regime, os representantes do ambiente popular, que organizados coletivamente levavam legítimos anseios, demandas e reivindicações urgentes de cada nicho social minimamente organizado para a arena política e governamental.

No cerne destes movimentos sociais estavam, por um lado, demandas relativas a temas como saúde, habitação, educação, saneamento, decorrentes das necessidades da população e de acordo com Silvia Gerschman (1995, p. 65), “proliferaram-se as associações de classe média, registrando-se as primeiras greves de oposição ao regime militar, no sindicalismo, e particularmente, no setor médico”.

O Movimento Sanitário é gerado neste ambiente. Formado por uma corrente acadêmica consolidada desde a década de 60 nos Estados Unidos, institucionalizada na década de 70 no Brasil, após um crescimento considerável de encontros e produção teórica na área da saúde coletiva, produzida por um grupo de intelectuais, médicos e lideranças do setor da saúde, com certa influência ou militância em partidos de esquerda, sobretudo no Partido Comunista Brasileiro que influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico, sendo considerado o mentor do processo de reformulação do setor da saúde no Brasil (GERSCHMAN, 1995, 41; BRAVO, 1996, p. 46).

Os estudos, grandemente estimulados pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) - entidade nacional criada em 1976, cuja missão é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde, através do pensamento crítico em matéria de Reforma Sanitária -, enfatizavam as transformações inócuas produzidas no setor da saúde, relacionando-as com os efeitos da economia, agravantes da condição de vida da população brasileira, dificultando o acesso à bens essenciais de alimentação e higiene, tornando-a vulnerável à enfermidades diversas.

O Movimento Sanitário defendia um modelo preventivo de atenção à saúde que tinha por objetivo a modificação da prática médica pela inclusão da prevenção. Os departamentos de medicina preventiva no Brasil desenvolveram experiências alternativas da medicina, conjugando elementos de natureza preventiva e comunitária, fomentadas e incentivadas por organismos internacionais como Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Fundação Kellogg, Fundação Ford e outras (SCOREL, 2008, p. 3).

Como corrente médica, o Movimento Sanitário se contrapunha à medicina de viés interventivo até então praticado e refletido nos modelos de saúde vigentes nos estados da América Latina, dentre os quais o Brasil. O modelo de medicina preventiva, defendida pelo Movimento Sanitário tinha como base uma mudança de atitude do médico, que passaria a ter uma consciência - e, por consequência, uma conduta - preventivista. Normalizando,

assim, a conduta do profissional ante o paciente e não a atitude deste, como no caso da higiene tradicional (ESCOREL, 1999, p. 20).

Para eles, o entendimento relacionado à saúde e à doença não podem ser explicados exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, tendo em vista que tais fenômenos são determinados social e historicamente, como partes inseridas em processos de reprodução social, onde o profissional da saúde poderia alargar o horizonte instrumental de análise e intervenção sobre a realidade (PAIM, 1997, p. 13).

A articulação do movimento sanitário no Brasil materializou-se, conforme concepção de Sonia Fleury Teixeira e Maria Helena de Mendonça (1996, p. 214), como um movimento portador de pensamento crítico, de caráter contra-hegemônico, concretizador das propostas de transformação do Sistema de Saúde que se coadunava com a hegemonia da política de mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. Com forte influência do modelo italiano de reforma sanitária e da OPAS, em especial, no que tange às práticas voltadas a experiências alternativas (GERSCHMAN, 1995, 41).

Academicamente, o Movimento Sanitário foi mentor de uma concepção científica, de instrumental oriundo das Ciências Sociais, de estudos voltados a saúde preventiva no Brasil. As produções voltavam-se a temas como as transformações ocorridas no setor da saúde, relacionando-as com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e de saúde da população. O debate colocou em discussão a relação da prática de saúde com a estrutura de classes, sofrendo a determinação estrutural e conjuntural da sociedade (BRAVO, 1996, p. 46).

A conjuntura política desfavorável à prática da medicina coletiva de viés preventivo, associada a institucionalização da política mercantil para a saúde pública, resultou no agravamento das mazelas sociais associadas ao tema no período de 1974 a 1979. Entretanto, em meio às ações do II PND - quando do empoderamento financeiro do MS e do MPAS -, vários intelectuais vinculados ao Movimento Sanitário foram convocados a elaborar propostas alternativas de organização dos serviços de saúde e de

desenvolvimento de recursos humanos que melhorassem o sistema que era, até então caracterizado, segundo Maria Inês Souza Bravo (1996, p. 44), pela “dicotomia das ações estatais, predominância do setor privado, ênfase no atendimento hospitalar e corrupção”. Todavia, a inserção destes intelectuais enfrentava grandes óbices oriundos da ótica privatista e de defensores da lógica empresarial e industrial hegemônicos nas definições de políticas de saúde, conforme se vê

A estratégia dos sanitaristas, de penetração no aparelho de Estado, de forma orgânica, para fortalecer o setor público, só ocorreu a partir de 1979; entretanto, alguns representantes desse pensamento se encontravam na previdência social e no Ministério da Saúde. Na previdência social, os defensores do setor público, denominados de publicistas, eram em número reduzido, pois o grupo majoritário era composto dos defensores do setor privado e pelo setor técnico-burocrático, conhecido como os “cardeais do IAPI”, que se fortaleceram no período autoritário. No Ministério da Saúde, houve maior penetração dos profissionais que defendiam uma nova visão de saúde pública, em decorrência desse ministério ser desprestigiado e subordinado à lógica previdenciária (BRAVO, 1996, p. 46).

Com base nas informações trazidas, torna-se evidente que a década de 70 foi o demarcador temporal do retorno dos movimentos sociais à arena política, possibilitando, a partir do Governo Geisel - timoneiro de um aparente, e apenas aparente, movimento de distensão do regime vigente -, a institucionalização do Movimento Sanitário Brasileiro. Este Movimento, filiado a uma concepção totalmente distinta da que perfazia a regra institucional da prática governamental, viu sua influência ser suplantada no cerne dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social do regime.

Embora avessos aos interesses hegemônicos vigentes nos Ministérios relacionados, o Movimento serviu para contrapor no plano dos argumentos e projetos alternativos para a atenção em saúde pública daqueles correntes no período, que poderiam ser traduzidos na permanente tensão entre a necessidade de ampliação dos serviços; a disponibilidade de recursos financeiros e os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial-médico.

Dentre as principais colaborações advindas dos ativistas do Movimento Sanitário no âmbito governamental, concretizando o ideal da reforma e o acúmulo de experiências nas instituições gestoras da política de saúde, pode-se enumerar o Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS), criado para planejar a expansão física dos serviços de saúde da previdência social, experimentou uma metodologia de programação de serviços, algo pouco comum nas instituições de serviços. Uma vez implantado, gerava um panorama geral relacionado com a população total e o total de serviços, aplicando o princípio da universalização dos serviços. Seus resultados teóricos evidenciaram a existência de um modo racional de gerenciamento de recursos que permitiria efetivar uma distribuição mais justa dos serviços de saúde existentes. O PLUS demonstrava o excesso de leitos hospitalares em algumas regiões metropolitanas e sugeriam o descredenciamento de leitos privados e a realização de convênios com secretarias estaduais e municipais e outras instituições públicas. Foi um palco de luta no interior do INPS, em que o grupo de saúde pública foi rapidamente derrotado pelos interesses mercantilistas hegemônicos (SCOREL, 2008, p. 5).

O Projeto Montes Claros (PMC) que em sua primeira fase, entre 1971 e 1974, foi financiado pela Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), buscava um modelo assistencial de extensão de cobertura de serviços de saúde de baixo custo. A partir de sua implantação, o PMC permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular, que representaram interessante avanço, na saúde pública no município de Montes Claros, Minas Gerais (PEREIRA; JONES, 2017; SCOREL, 2008, p. 5).

Ainda, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) criado em 1975-1976 para implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de até vinte mil habitantes no Nordeste.

Unindo a abordagem médico-social ao pensamento sanitarista, em sua última fase, em 1981, passou a integrar o Programa Nacional de Serviços Básicos (ESCOREL, 2008, p. 5).

#### **4.4 - Políticas Sociais do Governo Militar entre 1979 e 1985**

O processo de abertura à democracia passa a se viabilizar efetivamente com o Governo Figueiredo, acompanhada de um doloroso período de inflexão econômica e crise que levou à reformulação política e à atribuição de força aos movimentos sociais que almejavam as reformas no estado.

Embora o processo de abertura almejasse em primeiro plano, tal qual o Governo Geisel, liberalizar medidas sociais e políticas, por outro, buscava assegurar a “institucionalização duradoura do sistema de relações econômico-sociais e políticas a serviço dos monopólios”, pautando-se numa “iniciativa de liberalização controlada e limitada, supondo a combinação de formas parlamentares com mecanismos decisórios e governamentais”. O regime, necessitava revigorar o apoio político, vez que a elite que, anteriormente, lhe dava suporte, já havia se desgastado, compondo frações oposicionistas; e precisava reformular o ambiente político, com especial atenção ao legislativo, tendo em vista a necessidade de manutenção dos interesses (BRAVO, 1996, p. 50).

Em síntese, a “abertura” não almejava entregar o poder à oposição democrática, mas sim, realizar alguns itens de sua plataforma, a fim de conquistar maioria eleitoral para a ala civil do regime, sem que os interesses dominantes fossem afetados (BRAVO, 1996, p. 48). Seriam exemplos das concessões feitas à oposição a revogação do AI-5, bem como, a promulgação da Lei de Anistia aos dissidentes políticos, etc.

Entretanto, o período imediatamente posterior a instalação do Governo Figueiredo, revela um revés econômico. Uma crise causada, principalmente, pela política de endividamentos do regime, pelas duas crises internacionais do petróleo e pelo aumento dos juros promovidos pelo Federal Reserve norte-americano, que levaram a dívida externa brasileira

a patamares insustentáveis para a época e submetendo o estado a fortes pressões de órgãos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) que determinou ao país uma série de medidas impopulares que conduziram a um período de recessão econômica (FAUSTO, 2012, p. 278; PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 23).

De acordo com Maria Inês de Souza Bravo (1996, p. 49)

A partir de 1979, a crise econômica se agrava com o aumento do custo de vida, da taxa de inflação a 200%, o arrocho salarial atingindo grandes faixas da população – com 80% recebendo até três salários mínimos -, o alto índice de desemprego, a crise da previdência social. A condição de vida das classes trabalhadoras ficou insustentável, sendo obrigadas a consumirem o mínimo para sua subsistência.

A aguda crise produziu um sem-número de reflexos na população brasileira, dentre os quais o desemprego, que fez, por via de consequência, diminuir sensivelmente as receitas previdenciárias. Isso impactou diretamente na paralização dos projetos de ampliação à assistência previdenciária, corroborados pela inexistência de financiamento adequado da previdência, associados ao modelo de compra de serviços privados altamente custosos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 24).

A distensão e a crise agitaram não só o ambiente político, mas, e principalmente, o social que voltava a possuir algum protagonismo desde a instalação do regime. É reflexo disso a remodelação do sistema partidário, antes polarizado pelo bipartidarismo entre MDB e o ARENA. Diversos partidos surgiram neste governo, como o Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Popular (PP), Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), Partido Democrático Trabalhista (PDT) e o Partido da Mobilização Democrática Brasileira (PMDB) (FAUSTO, 2012, p. 280 – 281).

Dessa maneira, com a pluralização política, cada vez mais ficava implícita, a falta de legitimidade do regime, e os anseios pelo desmantelamento do aparelho repressor do estado, pelo reestabelecimento da ordem econômica e pela redação de uma nova constituição.

Em 1983, uma campanha social canalizou a insatisfação popular com ampla adesão contra a conjuntura política e em repúdio ao governo. A esse episódio, que levou milhares de pessoas às ruas, deu-se o nome de Campanha pelas “Diretas Já”. As Diretas foram além das instituições partidárias, convertendo-se em uma unanimidade nacional, que embora encarnasse o puro anseio do povo brasileiro em direção à redemocratização, foi frustrada pela representação legislativa que não logrou os votos necessários ao reestabelecimento das eleições diretas, gerando grande decepção (FAUSTO, 2012, p. 282).

Uma vez que não seria feito o escrutínio pela via direta, coube ao legislativo federal, através da modalidade indireta, indicar quem seria o novo presidente da república. O realinhamento das forças políticas demonstrava um acirramento pela disputa da indicação do novo presidente. A conjunção de forças em torno da sucessão presidencial só experimentou horizonte de resolução a partir de quando o partido governista, Partido Democrático Social (PDS), cindiu-se, formando a Aliança Democrática e, posteriormente, o Partido da Frente Liberal (PFL). Sobre essa conjuntura, descreve BRAVO (1996, p. 53)

O Governo estava disposto a fazer o seu sucessor, mas a cisão do partido governista o impediu, pois a Aliança Democrática, com a chapa Tancredo Neves e José Sarney, foi vitoriosa no Colégio Eleitoral. [...] A coligação de forças de oposição que se formou apresentou como alternativa a realização de um governo de transição para a democracia. No entanto, o governo buscava, para seus pares e aliados, se não o comando, posições dentro da nova composição do bloco de poder que se estabelecia, advinda da coalizão das forças populares e democráticas em torno da figura de Tancredo Neves. E a aliança com José Sarney possibilitou o rearranjo dessas forças.

No aspecto social, no Governo Figueiredo, acirrou-se o desemprego, houve o aumento do custo de vida, com uma taxa de inflação a 200% e instaurou-se a instabilidade na Previdência Social. Neste período, a política de saúde passa por profunda crise, tendo em vista que, as reformas realizadas no governo anterior, não haviam respondido às expectativas e uma

séria tendência ao continuísmo. Essa tendência pode ser vista com clareza através dos raros mecanismos de discussão popular e acadêmica do pensamento pró saúde pública, em âmbito nacional como simpósios, congressos e demais eventos desta natureza.

A VII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1980, buscava ser uma arena de debates, visando repensar a natureza da saúde, recuperando através do diálogo com os trabalhadores que foram excluídos da gestão da previdência e reprimidos em suas organizações sindicais no período pós 1964. No entanto, embora as instituições do movimento sanitário defendessem que fossem convidados tais órgãos de modo a dar maior representatividade ao evento, isso não foi feito pelos organizadores, sendo verificada apenas o aumento da participação de gestores e autoridades do sistema de saúde, parlamentares e representantes de organismos internacionais (BRAVO, 1996, p. 59).

Em 1981, o Governo chega a anunciar a falência do sistema. No mesmo ano, cria-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), através de Decreto, com a finalidade de recomendar políticas relacionadas à saúde da previdência social (BRAVO, 1996, p. 59 – 60).

O CONASP, foi presidido pelo Doutor Aloysio Salles e constituía-se de quatorze membros, sendo eles, sete representantes governamentais; três representantes patronais; dois representantes da área médica, e; três representantes dos trabalhadores (BRAVO, 1996, p. 59 – 60). De acordo com Sarah Escorel (2008, p. 6), no CONASP estavam presentes as seguintes tendências principais em relação à saúde: uma “conservadora-privatista”, representada pela Confederação Nacional do Comércio, a qual estava filiada à Federação Brasileira de Hospitais e defendia a “manutenção do modelo assistencial vigente, ampliando os recursos e melhorando a fiscalização”. Uma “modernizante-privatista”, representada pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, que defendia a “organização do sistema nacional de saúde com base na medicina de grupo e pagamento

direto dos usuários”. Nessa perspectiva recairia ao setor público a responsabilidade da atenção à saúde das populações marginalizadas e ações específicas de saúde pública. Ainda, uma denominada “perspectiva estatizante”, defendida pelo representante do MS e pelos técnicos da Secretaria Executiva do CONASP, que defendia que o Estado “se responsabilizasse pela execução dos serviços de saúde”. E, por fim, uma tendência dita “liberal”, majoritária, que defendia “a primazia do setor público e o controle do setor privado, mas buscava formas harmoniosas e eficientes de convívio dos dois setores no interior do sistema nacional de saúde”.

Em 1982, foi anunciado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, também conhecido como “Plano CONASP” elaborado pelo próprio CONASP e que tinha como estratégia central a adoção de medidas racionalizadoras, mais fáceis para serem absorvidas pela iniciativa privada. O plano abrangia 33 projetos e programas, dentre os quais o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS ou AIS) com o qual se deu início, não sem muitas resistências, o processo de universalização da assistência médica (ESCOREL, 2008, p. 7), sob influência do Movimento Sanitário.

Com o PAIS, passaram a ser utilizados mecanismos de regionalização e hierarquização, procurando interligar a rede pública nas esferas federal, estadual e municipal, alterando a lógica do sistema vigente, antecipando as propostas institucionais da Reforma Sanitária do fim dos anos 80 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 24).

As prefeituras passaram a receber por produção e, financiadas pelo INAMPS, ofereceram atendimento a toda a população independentemente da existência de vínculo previdenciário. Os serviços da previdência social continuavam atendendo apenas seus segurados – trabalhadores com vínculo formal que contribuía para a previdência. Para a execução do PAIS foram estabelecidas uma série de instâncias de articulação como a Comissão de Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), de natureza deliberativa interministerial que deveria fornecer os subsídios

para a atuação integrada das instituições federais e acompanhar a sua efetivação em âmbito nacional; ainda, a Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), instância de decisão, planejamento, gestão e acompanhamento nos Estados; a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), instância de planejamento em âmbito regional com representantes de instituições regionais que aderiram ao PAIS; e por fim, a Comissão Local Interinstitucional ou municipal de Saúde (CLIS), instância de planejamento em nível municipal conveniadas, juntamente ao secretário municipal de saúde e o coordenador de medicina social do INAMPS, com a possível participação de entidades associativas e comunitárias (BRAVO, 1996, p. 61).

Em 1984, o programa foi redimensionado e reordenado como uma política nacional de saúde baseada nos princípios da responsabilidade do poder público; da integração interinstitucional, tendo como eixo o setor público; de definição de propostas, a partir do perfil epidemiológico; de regionalização e hierarquização de todos os serviços públicos e privados; de valorização das atividades básicas; de utilização prioritária e plena da capacidade potencial da rede pública; de descentralização do processo de planejamento e administração; de planejamento da cobertura assistencial; de desenvolvimento dos recursos humanos e reconhecimento da legitimidade da participação dos vários segmentos sociais em todo o processo. Isso significou a entrada de representantes do movimento sanitário na direção geral do INAMPS. (PAIM, 1985; ESCOREL, 2008, p. 7)

Diante dessa conjuntura, podemos citar como principais ações a partir da implantação do CONASP, já com influência do movimento sanitário, principalmente, o surgimento propostas de políticas alternativas, emergentes da sociedade civil, que traduziam o anseio pela reversão do modelo de privilegiamento do setor privado, com a canalização dos recursos para o setor público; da consolidação do movimento de organização dos profissionais de saúde, em especial dos médicos assalariados, denominados Renovação Médica (REME); da ampla divulgação da política previdenciária de assistência médica, socializando o debate que, como decorrência, propiciou o posicionamento explícito dos grupos de interesse envolvidos e o

seu reconhecimento como questão nacional, dentre outros (BRAVO, 1996, p. 54 – 55).

Dois personagens assumem caráter preponderante na dinâmica de forças da questão, neste período, que são, respectivamente “os profissionais da saúde”, que representados por suas entidades, que “ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões de interesse geral como a melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público” e, o “movimento sanitário”, com especial menção ao CEBES, como veículo de difusão e ampliação do debate em temas de saúde pública e democracia e “os partidos políticos de oposição ao regime” (BRAVO, 1996, p. 61 – 62).

Para além do anseio de ampliação do sistema de saúde previdenciário e, principalmente, da reorganização administrativa que resolvesse a cronidade da ineficiência, bem como, da corrupção e do déficit orçamentário do sistema de saúde, o movimento sanitário passou a gestar um ideário de viés verdadeiramente reformista, conforme se nota

Começou a desenvolver-se um ideário reformista que objetivava estender a saúde a todos os brasileiros, além de postular que a almejada melhoria das condições sanitárias estava diretamente relacionada à ampliação do direito à cidadania, ou seja, à democratização da sociedade. Tais proposições sintonizavam-se com as orientações das agências internacionais de saúde, que a partir da Conferência de Alma-ata (promovida pela OMS em 1978) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 24).

Por fim, nota-se que a efervescência social gerou a organização política necessária para a discussão de temas de saúde pública, a partir de uma outra ótica que não a puramente privatista. Uma ótica de saúde pública que deixou de ser lugar comum de burocratas estatais, e apenas esses, para tornar-se pauta da sociedade civil, estando estreitamente vinculada à democracia, ou ao efetivo retorno à ela. Exemplo disso foi o “V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde” da Câmara dos Deputados, ocorrido em Brasília, em novembro de 1984, que contou com ampla participação de técnicos, parlamentares, secretários estaduais e municipais

de saúde, entidades representativas e outras agências da sociedade civil, congregando quinhentos participantes.

Deste evento, através do relatório final, elaborado pela Comissão de Saúde da Câmara, restou elaborada uma Proposta Política para um Programa de Saúde, que sintetizava as discussões travadas e as diversas contribuições apresentadas e sugeridas no evento.

O documento apresentava, em síntese, um diagnóstico da situação saúde, caracterizando as disparidades regionais e relacionando-as com os efeitos perversos do modelo econômico concentrador e excludente. Afirma que as políticas de saúde não tem assumido um cunho redistributivo, privilegiando as ações de caráter curativo em detrimento das medidas de saúde coletiva, com alto custo e eficácia reduzida (BRAVO, 1996, p. 73).

Para o referido relatório, citado por Maria Inês de Souza Bravo (1996, p. 73 - 74), a ação do governo deveria contemplar a implementação de uma política econômica que “evitasse o desgaste e a espoliação da saúde da população” e a “adoção de políticas sociais que tivessem por objetivo a universalização do acesso aos serviços (saúde, previdência, educação e habitação)” e “a equidade destes serviços sob controle democrático da sociedade”. Pois bem.

#### **4.5 - Políticas Sociais do Período entre 1985 a 1990**

A transição para o regime democrático que sinalizava para uma nova realidade da sociedade brasileira começa de modo efetivo após a eleição de Tancredo Neves. Não só pela refundação da república, chamada pelos analistas de “nova república”, mas por que Tancredo personificava os compromissos políticos referentes às articulações que conduziram à redemocratização e os anseios advindos das manifestações das “Diretas Já”. Todavia, o processo ainda estava sujeito aos imprevistos.

Eleito em 15 de janeiro de 1985, Tancredo falece a 21 de abril, pouco mais de um mês após José Sarney, em caráter então provisório, assumir o

poder em seu nome. Sarney, que era opositor ao processo da redemocratização, por seu partido, assumiu de acordo com JAGUARIBE *apud* BRAVO (1996, p. 63 – 64) o compromisso com a “plena restauração democrática, dentro de uma concepção liberal progressista da sociedade e do Estado”; com o “saneamento financeiro”, com a “contenção da inflação e o disciplinamento dos gastos da União”, restabelecendo “o desenvolvimento e uma reorientação para o pleno emprego e o atendimento das necessidades básicas da população”, bem como; com a instauração de um regime de equidade social – novo pacto social –, orientado a implantar um amplo sistema de “bem-estar social”.

Na economia, José Sarney recebeu o país em melhores condições que os governos que o antecederam. Havia um grande fluxo de exportações que resultavam em um saldo da balança comercial no quinhão de US\$ 13,1 bilhões de superávit, que possibilitavam o pagamento dos juros da dívida ao FMI. No entanto, o que prevalecia e deixava a situação caótica era a taxa da inflação que chegava a níveis superiores a 200% em 1985 (FAUSTO, 2012, p. 286).

Em 1986, foi apresentado o Plano de Estabilização, também conhecido como Plano Cruzado, que visava em linhas gerais controlar a inflação, congelar preços e fixar os juros. Embora tenha contado com o apoio popular, o Plano Cruzado que chegou a apresentar resultados artificialmente positivos no início, passou em decorrência do otimismo gerado na população, associado ao congelamento dos preços e o aumento real do salário, a fazer com que o consumo explodisse, levando à violação do congelamento dos preços e ao desequilíbrio das contas externas, em virtude do impulso de importação ocasionado pelo artificial fortalecimento da moeda brasileira (FAUSTO, 2012, p. 288).

Outro fato conjuntural que exerceu grande influência na temática aqui estudada foi a convocação da Assembleia Nacional Constituinte feita em 15 de novembro de 1986, através da Emenda Constitucional nº 26, no bojo da Constituição de 1967, definindo as plenárias para fevereiro de 1987. Este fato

possui especial importância, na medida em que uma constituinte representava um momento solene do processo de transição em que seriam construídas as bases de um novo sistema de organização do poder no estado, através das instituições e das relações deste com a sociedade.

A Constituinte, a despeito de representar a verdadeira refundação da república, não passou inerte de críticas no que se refere ao processo transicional e à miríade de interesses progressistas e conservadores da nova ordem constitucional a ser erigida.

Do início ao fim, o processo envolveu um embate entre os mais variados grupos, cada um tentando aumentar ou restringir os limites do arranjo social, econômico e político a ser estabelecido. Na verdade, este clima de batalha verbal e de manobras nos bastidores era, em grande medida, um efeito colateral do curso da transição. Uma refundação que se apoiava num acordo negociado seria pressionada em duas direções: de um lado, pelas forças políticas do *ancien régime* tentando assegurar seu espaço neste novo cenário; e de outro, pelos setores de esquerda que, embora minoritários, adquiriram importante papel no processo constituinte (KINZO, 2001).

Não obstante o embate referido, a Constituinte representou um mecanismo dos mais democráticos no que diz respeito à história constitucional brasileira. Desde a organização dos trabalhos que foram estruturados de modo descentralizado para que os constituintes pudessem participar diretamente do processo e em qualquer fase do mesmo; até a ampla discussão e abertura para recepção dos anseios da sociedade, através dos grupos sociais organizados, quer seja na modalidade direta através de propostas de texto, ou ações como na modalidade indireta, que se traduzia na pressão e cobrança de posicionamento dos constituintes em relação a determinados temas. Aqui, pontualmente, culmina o processo de reformulação da política de saúde pública galgado pelo Movimento Sanitário Brasileiro desde o seu início. A este tema devotaremos análise específica.

Vertentes do Movimento Sanitário desde o início da década de 80, passaram a defender que a verdadeira Reforma Sanitária do estado deveria ser ainda mais abrangente do que a percepção da medicina

preventivista, defendida nos auspícios de sua trajetória. Desde que certos expoentes do Movimento figuraram nos quadros de alto escalão no MS, fato que veio ocorrendo de maneira paulatina desde o Governo Geisel, foi a partir de então que se utilizou com maior veemência do momento de abertura que o processo constituinte oferecia para buscar os ideais defendidos.

Este viés mais abrangente de uma Reforma Sanitária ganhou existência com a VIII Conferência Nacional da Saúde, ocorrida em 1986, tendo por temas centrais a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, e; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com o acesso democrático, universal e socialmente equitativo, originando um verdadeiro Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 1996, p. 77). Sobre essa ampliação do pensamento sanitário

O Projeto de Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, neste sentido, é definida como um direito do cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado (GERSCHMAN, 1995, p. 42).

Dentro da concepção de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do estado, se pressupõe que os cuidados de saúde extrapolam o idealário de que tratava-se de simplesmente tratar moléstias, mas sim, estendem-se à medidas preventivas das mesmas, através, inclusive, de ações de melhoramento das condições básicas de vida.

O evento em nível nacional foi, na realidade, o desfecho de um trabalho de organização, em todas as unidades federadas, dos interesses em torno da questão saúde por parte dos profissionais da área, movimentos sociais, centrais sindicais e partidos políticos, com vistas a elaboração de uma verdadeira proposta de reforma e para a construção de um pacto entre essas mesmas forças, objetivando a necessidade de implementação de mudanças na política de saúde e trazer para os temas cotidianos uma ideia politizada sobre os temas (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995, p. 217 - 218; BRAVO, 1996, p. 83).

## Os Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987, p. 382) a definiram através do seguinte ideário

1 – Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. 2 – A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. 3 – Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. 4 – Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde consequente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isto será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.

Assim, as propostas encaminhadas através do Projeto aprovado na VIII Conferência Nacional de Saúde poderiam ser sintetizadas na criação de um Sistema Unificado de Saúde com predominância do setor público sobre o privado; com a descentralização do sistema e a hierarquização dos serviços e, por último, através de uma verdadeira readequação financeira do setor (SCOREL, 2008, p. 8; GERSCHMAN, 1995, p. 42). Em tempo, é importante frisar que paralelamente à VIII Conferência Nacional de Saúde, foi criada a Plenária Nacional de Entidades de Saúde cuja finalidade seria a de dar continuidade à articulação dos organismos da sociedade civil participantes do evento para elaborar uma proposta de texto a ser submetido à Constituinte (GERSCHMAN, 1995, p. 42 - 43).

Fato interessante da VIII Conferência a ser ressaltado, foi a que as representações do setor empresarial e privado não participaram do evento

como forma de boicote à fundamentação do evento calcada no ideário de que a saúde seria um direito de todos e dever do estado (BRAVO, 1996, p. 77).

Torna-se evidente que a necessidade das modificações urgentes ao setor transpassavam os limites de uma eventual reforma administrativa ou financeira pontual, exigindo-se uma reformulação mais profunda, levando em conta a ampliação do próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, de modo a tornar um feito o aforismo de que “a saúde é direito do cidadão e um dever do estado”.

Após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, o governo passou a, aparentemente, levantar os anseios do movimento sanitário, visando a Reforma Sanitária, tendo ampliado a política direcionada ao PAIS, agregando outras medidas em áreas como habitação, saneamento, alimentação, entre outras, objetivando melhorar os indicadores sociais de mortalidade e morbidade do país.

Em julho de 1987 foi aprovada a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que consistia em um processo gradativo e transitório para a chegada de um verdadeiro Sistema Único de Saúde (SUS) ainda imaginado. O SUDS estabelecia a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios; o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado (ESCOREL, 2008, p. 8).

Contudo, a implantação e a implementação do SUDS acabou decepada no que tinha de representativo de uma transformação efetiva, em virtude do que Silvia Gerschman (1995, p. 44) nomina de “percalços da transição” caracterizando-se por idas e vindas no processo de descentralização, na integração interinstitucional e no que diz respeito ao privilegiamento do setor privado.

A disputa pela implantação da Reforma Sanitária passou a se dar no terreno dos enfrentamentos políticos das diversas facções da tecno-burocracia do setor e a propósito da execução dos avanços operacionais previstos pelo projeto. Estes enfrentamentos, que ocorreram no Ministério da Saúde e mais fortemente

na Previdência Social, estiveram permeados pelas próprias lógicas do setor público, portanto, limitados pela relação de forças no interior dos aparelhos de Estado, afeiçoadas ao clientelismo político, à política de favores pessoais e às rotinas burocráticas como uma maneira de impedir a implantação de políticas inovadoras das práticas institucionais (GERSCHMAN, 1995, p. 43).

A partir disso, diversos empecilhos institucionais foram impostos à correta implantação e isso levou a desconfiança por parte da população em relação ao setor público de saúde. Sobre os fatos que materializaram o revés no que tange à legitimidade do processo de descentralização do SUDS destaca-se que

Através de mecanismos políticos, contábeis e burocráticos no INAMPS e no Ministério da Saúde, criaram-se obstáculos à implementação dos SUDS, dentre os quais, o mais notável foi o desaparecimento dos recursos nos meandros das máquinas federais, estaduais e municipais. Certamente, as destinatárias finais do financiamento do setor, as unidades locais de saúde, viveram em permanente crise por não terem condições de pagar aos profissionais de saúde, bem como pela falta de instrumental, manutenção dos equipamentos e medicamentos (GERSCHMAN, 1995, p. 44).

Essa informação é corroborada Maria Inês de Souza Bravo (1996, p. 80) que defende que a tensão existente desde o início da “nova república” entre as políticas de “continuidade e mudança”, tendeu, à continuidade, em virtude da crise de legitimidade do Executivo e no seu enfrentamento com a Assembleia Constituinte, tendo isso, por óbvio, exercido influência no setor da saúde. Nos quadros governamentais, os dirigentes do movimento sanitário que ocupavam cargos substantivos passaram a ser exonerados. Havendo uma “depuração”, restando o comando de tais funções às frações mais conservadoras (GERSCHMAN, 1995, p. 43).

No processo constituinte, a questão da saúde também foi objeto de inúmeros reveses, apesar da consolidação de um pensamento político supedaneado pelo movimentos sociais e demais meios de expressão da sociedade organizada em prol da reforma psiquiátrica.

A organização da constituinte, alocou os temas inerentes a saúde, educação, cultura, esporte e lazer em uma mesma subcomissão, o que pela amplitude dos temas propostos, obstaría uma discussão de viés técnico e político aprofundado. Assim, os partidos e entidades afetos à temática solicitaram a criação de uma outra subcomissão que agregasse os temas de saúde, seguridade e meio ambiente, tendo sido aprovado pelo Senado Federal.

Neste sentido, os problemas de ordem conjuntural que implicavam relação de forças no processo constituinte passaram a se manifestar com maior intensidade nas Comissões temáticas e de sistematização, opondo os constituintes representantes do movimento sanitário aos representantes das empresas multinacionais do setor farmacêutico e o setor privado da rede hospitalar.

A Assembleia Constituinte se transformou numa arena política em que os interesses na saúde se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregiar cerca de duas centenas de Entidades representativas do setor (BRAVO, 1996, p. 81).

Entretanto, dado o curto espaço temporal de encaminhamento e aprovação do novo texto constitucional, a pressão exercida pelos interesses privados não alcançaram influenciar em absoluto a Constituinte, assegurando assim, boa parte dos interesses do Movimento Sanitário no texto constitucional (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995, p. 218).

Desta forma, a Constituição Federal promulgada em 1988, criou regras influenciadas diretamente pela articulação dos movimentos sociais em prol da reforma. Dentre elas, podemos citar o direito universal à saúde, em estreita consonância com ditames, inclusive internacionais, de previsão de direitos humanos, consubstanciada no brocardo “a saúde é direito de todos e dever do estado”, sendo garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Também, a nova ordem constitucional previu a criação de “um Sistema Único de Saúde”, cuja gestão seria solidária e participativa entre os três entes da Federação, compondo uma rede tanto de ações, como serviços de saúde, abrangendo a atenção básica, média e de alta complexidades; os serviços urgência e emergência; a atenção hospitalar; as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e a assistência farmacêutica.

O SUS é calcado nos compromissos da universalização, equidade e integralidade. A universalização consiste na concepção de que a saúde é um direito vinculado ao exercício da cidadania de todas as pessoas e, recai ao Estado o dever de assegurá-lo, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais ou mesmo contribuição. No que diz respeito à equidade, o SUS prevê uma atuação estratégica, focalizada em regiões e em pessoas cujas necessidades mostrem-se urgentes ou evidentes de modo a priorizar a prestação de saúde àqueles mais necessitados dela. No que tange ao princípio da integralidade, o SUS deve considerar as pessoas como um sujeito portador de uma grande quantidade de direitos sociais e deve, dentro de suas ações específicas, atender a todas as suas necessidades. Tal princípio, portanto, só se materializa através da integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação corporificando os verdadeiros ideais do Movimento Sanitário.

Além disso, são princípios organizativos do SUS a descentralização que visa distribuir o poder entre os entes da federação para a perfeita execução; a hierarquização e regionalização, que consistem os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização compõe-se de um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a

hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Sua instituição no corpo da Constituição de 1988 ainda ordenou a complementação das necessidades de saúde da população com serviços preferencialmente públicos, tendo estabelecido que os contratos efetuados com o setor privado em geral, deveriam ser regidos pelas normas de direito público, em caráter eminentemente complementar (GERSCHMAN, 1995, p. 44; TEIXEIRA; MENDONÇA, 1995, p. 218).

Aos municípios, na condição de ente da federação, foi atribuída a competência e a prestação de serviços de atendimento à saúde da população, com cooperação técnica do Estado e da União. Tais atribuições permanecem sendo dos Estados e da União, como competências comuns. Destaca-se que, no texto constitucional, apesar da ênfase dada ao novo papel do Município, a divisão de competências não é, contudo, clara. De modo geral, predomina como atribuição federal a normatização e o planejamento, e a execução dos serviços como atribuição dos Estados e sobretudo dos Municípios.

#### **4.6 - Dinâmica de implementação da Reforma Sanitária**

Como já visto, ao longo do período analisado no presente capítulo, diversos modelos assistenciais foram desenvolvidos. Cada qual representativo de um degrau distinto de aperfeiçoamento do modo de encarar a saúde pública nacional. Com o advento da Constituição Federal de 1988, assentada no capítulo denominado “Da Seguridade Social”, compoendo parte de um mecanismo que aglutinou o conjunto de políticas de previdência e assistência social, a assimilação do SUS com suas funções e atividades próprias só foi sendo construída de maneira paulatina e com grande margem de negociação.

Tal negociação, *a priori* ocorreu em virtude da natureza complexa e interdependente do sistema, que compreende instituições públicas do Poder

Executivo dos três níveis (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) acrescidos de maneira complementar, por diversos serviços comunitários, privados e filantrópicos, vinculados ao governo, mas também diz respeito ao flanco neoliberal privatista que compunha a fisiologia do poder. Embora os representantes do fisiologismo não tenham conseguido se impor no processo constituinte, sua influência teve um papel decisivo na paralisação do processo de implementação das medidas impostas pela Constituição Federal.

De maneira concomitante, é importante destacar que o ano de 1988, além de ter sido o penúltimo do governo de José Sarney, foi também um ano de grande deterioração política, caracterizada por um grande retrocesso na área da saúde por conta da “depuração” realizada nos quadros dos Ministérios da Saúde e da Previdência no que tange aos representantes do movimento pró reformas, em clara alusão a pessoas vinculadas ao Movimento Sanitário. Tais retrocessos, produziram reflexos na implantação de um Sistema Único de Saúde tanto no aspecto político, quanto no econômico, gerando imobilidade e descrédito em sua implantação em função, principalmente, da fragilidade das medidas reformadoras em curso; da ineficácia do setor público, comprometendo o projeto; das tensões com os profissionais da saúde, aos quais era exigida maior dedicação e compromisso profissional; da redução do apoio popular em face da ausência de resultados concretos; da reorganização das forças da contra-reforma (BRAVO, 1996, p. 83).

Assim sendo, embora já codificado e regulamentado através da Constituição, tal processo não foi acompanhado pela efetivação política, criando conforme Silvia Gerschman (1995, p. 137) uma situação *sui generis*, como a de se ter conseguido plasmar apenas na Constituição o que deveria ser a política de saúde do país; desse modo, a Reforma Sanitária foi definida no plano legal, sem que isso revertesse em melhorias no atendimento, prevenção ou condições de saúde da população.

Como máxima expressão do que foi feito no período, pode-se afirmar que, após o advento da Constituição Federal, foram as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais que

Estabeleceram os princípios que norteariam o modelo de atenção e de organização dos serviços de saúde locais, segundo as diretrizes da Constituição. O sistema descentralizado de saúde visava, de fato, integrar um Sistema Único de Saúde com cobertura universal, integralidade de ações, descentralizado mas com a participação dos conselhos locais de saúde (GERSCHMAN, 1995, p. 136).

No ano de 1989, após a primeira eleição direta para a Presidência da República, o povo eleva ao poder Fernando Collor de Mello, que corporificava o anseio populacional do combate a corrupção, da modernização do país, da redução dos gastos públicos, com grande e especial crítica aos salários de alguns funcionários públicos, ditos “marajás”. Seu governo neoliberal, que tomou posse em 1990, com uma inflação que chegara a 80% com tendência de alta, executou uma série de medidas econômicas controvertidas e outras de gestão como a redução sem critérios dos quadros do funcionalismo público (FAUSTO, 2012, p. 290 – 291).

A saúde pública, no período inicial do Governo Collor até deu sinais, e não sem as dificuldades e percalços já abordados, de que a descentralização da política de saúde ocorreria, no entanto, tal medida baseou-se na efetivação de repasses financeiros a Estados e Municípios que embora fossem os legítimos receptores, não possuíam àquele momento, condições de dar correta aplicação dos repasses, por inexistência de gestores para sustentá-los. Tais recursos eram repassados da União para os demais entes através de convênios, e que, por si, já favoreciam alguns estados e municípios que pelo tamanho ou poder de negociação política, tinham melhores condições de barganha com o Governo Federal. Para Silvia Gerschman (1995, p. 137), no que respeita aos repasses feitos às instâncias descentralizadas que receberam recursos e cujos governadores e prefeitos se comprometeram com a proposta, houve verdadeiro avanço na implantação do SUS.

Em 1990, com a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Federal nº 8.080 em 19 de setembro, regulamentou-se o SUS, como fruto da articulação das forças políticas involucradas com a Reforma Sanitária. Houve, entretanto, o veto parcial, por parte do Presidente da República, que incidiu sobre a ampla participação social, através das Conferências Nacionais

de Saúde e dos Conselhos de Saúde que teriam o papel de avaliadores da situação de saúde no plano nacional e poderiam propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes; ainda, incidiu sobre a criação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários para os profissionais do SUS, entre outros itens.

Contudo, a pressão popular relativa à aprovação da Lei Federal 8.080 retornou aos bastidores do Poder Legislativo, que através de um novo projeto de lei, aprovado em 28 de dezembro de 1990 (Lei Federal nº 8.142/90) alterou dispositivos da Lei 8.080, assegurando a paridade de representação (governo e sociedade) nos Conselhos de Saúde, os mecanismos automáticos de repasse de recursos, e estabeleceu como condições para o recebimento dos recursos federais que Estados e Municípios implantem Conselhos e Fundos de Saúde, elaborem Planos de Saúde e Planos de Cargos e Salários, recuperando em parte o retrocesso representado pelos vetos presidenciais mencionados.

Todavia, embora tenha ocorrido um aparente avanço através da aprovação das referidas Leis Federais - culminando a última com o mês de dezembro de 1990 -, já em janeiro de 1991, o Governo do Presidente Collor contra-atacou através do estabelecimento da Norma Operacional Básica nº1 (NOB/91) equivalente a um "decreto do Poder Executivo" (GERSCHMAN, 1995, p. 138) emitida no âmbito do MS.

De acordo com a Norma, os Conselhos de Saúde teriam como atribuições "a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na sua instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de governo de sua atuação; e a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias estaduais, municipais e aos Fundos de Saúde" (VIANA, 1994, p. 42).

Quanto às transferências de recursos, a NOB/91 define para aquele ano, o critério populacional e a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) como parâmetro de reajuste. São definidas as seguintes exigências para o recebimento de recursos pelos Estados e Municípios: formação de Conselhos de

Saúde; Fundos de Saúde e Planos de Saúde aprovados por tais Conselhos e autorizados pelo Executivo, além de programação e orçamentação, relatório de gestão local e a criação de uma comissão de elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários, a ser implementado em até dois anos. Define ainda o repasse direto aos Municípios e prestadores privados, baseado em atos médicos/Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (VIANA, 1994, p. 43).

O repasse direto de recursos para os Municípios, estabelecido pela NOB/91, enfraquece o papel das instâncias estaduais no controle e avaliação das políticas. Além disso, a forma de pagamento com base em atos médicos para a rede ambulatorial pública acaba por reduzir os recursos disponíveis para programas especiais. Verifica-se portanto um processo de recentralização, com fortalecimento do INAMPS, afrontando a Lei 8.080/90 e provocando o esvaziamento do nível estadual (VIANA, 1994, p. 43 - 44; GERSCHMAN, 1995, p. 138 - 139).

Ao contrário do que pregava a Constituição, criou-se um complexo sistema de financiamento com base na produção dos serviços e com igualdade dos pagamentos para diferentes prestadores. A Norma reeditou antigos procedimentos favorecedores da corrupção do setor, especificamente no INAMPS, este continuava a ser o principal gestor dos recursos, mantendo-se a modalidade tradicional do pagamento dos mesmos, ou seja, por serviços (GERSCHMAN, 1995, p. 138 - 139).

A NOB/91 basicamente anulava a descentralização proposta na ideia inicial do Sistema Único de Saúde. O fato da recentralização dos fluxos financeiros no INAMPS, converteu os repasses necessários em pagamentos em fluxo de acordo com a quantidade de serviço prestado, tratando isonomicamente tanto instituições públicas conveniadas, contratadas e mesmo privadas.

O ano de 1992 coincide com o total deterioro do Governo Collor assolado por inúmeras denúncias de corrupção, inclusive no que respeita ao Ministério da Saúde, tendo inclusive de ser substituído, antes do próprio presidente sucumbir, o então ministro de saúde, Alcení Guerra.

Assim, embora tenham existido no governo Collor relevantes avanços no aspecto da codificação e da regulamentação do Sistema Único, fruto da articulação das forças do Movimento Sanitário na manutenção das forças envolvidas neste processo, a hostilidade com a que o governo federal via a Reforma, associada a uma grave restrição orçamentária causada pela crise econômica do período, geraram muitos obstáculos para a implantação do SUS.

Por fim, ainda no ano de 1992, em agosto ocorreu a IX Conferência Nacional da Saúde, em meio ao turbulento processo de impeachment que culminou com a renúncia do então Presidente Collor, no mês seguinte, diante da malversação de recursos públicos.

Tendo por temas a “I - Sociedade, Governo e Saúde; II - Implantação do SUS; III - Municipalização; IV - Financiamento; V - Gerenciamento do Sistema de Saúde e Política de Recursos Humanos, e; VI - Controle Social” (GERSCHMAN, 1995, p. 141) a IX Conferência concluiu que, excetuando-se o nível municipal, as demais esferas governamentais ficaram aquém daquilo que havia sido pactuado como diretrizes de ação pela implantação, em parte graças às razões já expostas.

Para o evento, o MS não elaborou nenhum documento de análise da Política Nacional de Saúde, com a contribuição de apenas alguns de seus órgãos isolados. Os prestadores privados não tiveram participação nos Grupos de Trabalho e na Plenária Final (PUGIN; NASCIMENTO, 1996, p. 24).

Sobre os resultados gerais alcançados pela IX Conferência sintetiza Silvia Gerschman (1995, p. 144)

Em termos de resultados, na IX Conferência: a) conseguiu-se garantir a continuidade do processo de municipalização da política de saúde de acordo com os princípios constitucionais; b) não houve avanços significativos em relação à operacionalização da Reforma, ou seja, sobre a definição de que lugar caberia aos Estados e à Federação na implementação da política. Em suma, os resultados da IX teriam ficado aquém dos resultados alcançados pela VIII.

O Governo de Itamar Franco, que fora vice-presidente de Fernando Collor de Mello, teve como Ministro da Saúde, entre outubro de 1992 e

agosto de 1993, Jamil Haddad, que reabriu a temática da efetivação do SUS à discussão social. O ministro tomou rumos veementes em prol da implantação, tendo por base os termos da Constituição Federal. Trata-se do primeiro ministro abertamente pró movimento sanitário que demonstrou coordenação e concordância com a implantação do SUS. Em março de 1993, o MS publica o documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei", editado pelo próprio MS, em que se operacionaliza uma estratégia que permite os necessários ajustes que o processo de implantação do SUS exigiria.

Neste sentido, a proposta requereu que órgãos de todas as esferas do governo atingissem a destinação efetiva de 10 a 15% de todas as suas receitas fiscais para a destinação à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993, p. 23) articulando inclusive, alternativas-meio para a consecução de tal façanha.

De modo a operacionalizar a descentralização, fora publicada a NOB/93, qual institui diferentes condições de gestão das ações e serviços de saúde nos Estados e Municípios, normatizando seus distintos graus de autonomia com relação ao nível federal.

Quanto aos Municípios, são definidas três condições de gestão, quais sejam, incipiente, parcial e semi-plena, a serem alcançadas, com diferentes formas de pagamento, de acordo com uma série de requisitos estipulados.

Quanto aos Estados, suas atribuições são, de modo geral a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde desenvolvidos nos Municípios não inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena; a organização e gerenciamento da Câmara de Compensação de AIH; a coordenação da rede de serviços de referência e gerenciamento dos serviços de alta complexidade; (...) a coordenação, no seu âmbito, das ações de vigilância epidemiológica, dos hemocentros e da rede de laboratórios de saúde pública; a elaboração de uma programação integrada com os Municípios; o desenvolvimento de um programa de capacitação de Municípios que não tenham condição técnica e material para serem enquadrados na condição de gestão incipiente" (PUGIN; NASCIMENTO, 1996, p. 26).

Outra medida efetivada em prol da descentralização foi o envio ao Congresso Nacional, de um Projeto de Lei que objetivou a extinção do INAMPS, aprovado sob o nº 8.689 de 27 de julho de 1993 (GERSCHMAN, 1995, p. 146 - 148).

Com a extinção do INAMPS, os resquícios principais do regime militar na estrutura da saúde pública foram extintos, possibilitando o avanço das políticas pró efetivação do SUS e das novas políticas a que a Constituição Federal de 1988 instituiu, justificando o fechamento do presente capítulo.

A dinâmica de construção, difusão, institucionalização e luta através do Movimento Sanitário e demais instituições pela Reforma gerou a mobilização social, intelectual e profissional de determinado setor da sociedade em um período ímpar da história nacional. Posicionar-se e gerar a dinâmica inerente a uma correlação de forças tão poderosa como a que se abordou no presente capítulo, e culminar com a efetivação dos ideais, através da via democrática, plasma o completo êxito do Movimento Sanitário enquanto legítimo representante do anseio popular.

Os percalços da democracia, desde então, vem sendo verificados a cada ano. Sabemos dos retrocessos e avanços experimentados pelo SUS nos governos posteriores ao do Presidente Itamar Franco até nossos dias. No entanto, tendo em vista o recorte temporal previsto para este estudo, não nos ocupamos plenamente deles.

Importante destacar que embora também inserido no âmbito do Movimento Sanitário, compondo uma ala deste, de forma concomitante e mesmo posterior, o movimento antimanicomial buscava através das mesmas justas vias, a reformulação da política estatal para o setor da sociedade que se submete a moléstias de natureza psiquiátrica. No transcorrer da dinâmica aqui relatada, determinada ala do Movimento Sanitário, buscou defender a reformulação da política dispensada ao tratamento psiquiátrico. A relação de luta pela Reforma Psiquiátrica será objeto de análise do próximo capítulo.

## Capítulo 5

### **Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e os Direitos Humanos no Brasil**

Seguindo a perspectiva de análise do panorama interno ao Estado Brasileiro, após desvelar a dinâmica de forças inerente à Reforma Sanitária, o presente capítulo versará sobre uma ala do movimento sanitário que, para além dos objetivos comuns, buscava a reformulação da política nacional de Saúde Mental: a Reforma Psiquiátrica.

Para a efetiva análise da luta pela reformulação da política em saúde mental será necessário percorrer o caminho transcorrido por ela, até chegar à sua efetivação. Deste modo, partimos do Brasil colônia para abordar a maneira como os ditos “loucos” eram tratados, desde a instalação do Império com o início da prestação caritativa até a proclamação da república, que consolidou o atendimento psiquiátrico como sendo de responsabilidade poder público.

Os delineamentos construtivos de uma política de viés asilar, cerceadora da liberdade de indivíduos portadores, construiu-se ao longo do tempo e foi corroborada pela instituição de instrumentos normativos como o Decreto Lei nº 24.559 de 1934, onde já no governo de Getúlio Vargas, se instituiu e regulamentou o tratamento em saúde mental no país. A legislação, consoante com as práticas psiquiátricas da época de sua instituição permaneceu como guia legislativo até recentemente, quando não mais se mostrava socialmente razoável ou eficaz em relação à conjuntura.

O panorama das instituições asilares, também chamadas de “hospícios”, foi de completo incentivo quando, a partir da década de 60, instaurou-se o governo militar. A prestação da política pública em matéria de saúde

mental aumentou muito, principalmente, através da terceirização do tema, a partir da contratação de instituições privadas. Esse fato fez com que as populações ditas portadoras de doenças psiquiátricas aumentasse exponencialmente, gerando um panorama de superlotação, violações e ausência de efetiva fiscalização por parte das autoridades competentes. No período, o tratamento psiquiátrico passou a ser conhecido como “indústria da loucura”.

Este capítulo e o antecessor, demonstram que a redemocratização trouxe o anseio pela reforma sanitária, culminada com a criação do SUS, já abordada no presente estudo. Entretanto, uma fração inscrita no movimento sanitário, pugnava pela reformulação da política nacional de saúde mental, tendo sido organizada por diversos movimentos sociais que vinculavam especialistas, funcionários da área, intelectuais e uma miríade de pessoas interessadas pela temática.

Especialmente no que atine à Reforma Psiquiátrica, um novo modelo de tratamento implantado, testado e comprovado na Itália, através das práticas do psiquiatra Franco Basaglia, gerou a atenção e a fixação dos movimentos reformistas, quanto a desnecessidade da utilização precípua dos hospitais ou instituições asilares de qualquer natureza como regra ao tratamento, sendo possível a instituição de uma rede de outras bases de viés extra-hospitalar capaz de melhorar o tratamento e reinserir o paciente no ambiente social sem tolher dele suas prerrogativas de cidadania e direitos humanos.

Entretanto, a estrutura criada pelas políticas governamentais em matéria de saúde pública, geradoras do panorama caótico calcado no modelo hospitalocêntrico e medicamentoso, instalado e consolidado através de instituições que em muitos casos possuíam laços diretos com a administração pública, dificultavam a modificação e a reestruturação do modelo de tratamento oferecido e, por via de consequência, obstavam a implantação da Reforma Psiquiátrica.

Para destravar esta conjuntura, no final da década de 80, a proposta legislativa finalmente foi proposta perante o Poder Legislativo Federal. No entanto, a tramitação ocorreu de modo extremamente lento, devido a vários fatores, que tendiam a manter o *status quo* da indústria da loucura

que gerava lucro aos hospitais e corporações médicas. Dessa forma, o próprio Estado passou a demonstrar a premência pela reformulação do tratamento dispensado no país através de pontuais ações através dos Centros de Atenção Psicossocial.

Entretanto, mesmo com a aparente intenção de reformulação da política, o atravancamento da tramitação do projeto no poder legislativo tensionava os agentes pró e contra a reforma. Em 1999, o caso da morte de Damião Ximenes Lopes, já abordada nesta obra, causou alarido no Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial. Em virtude da lentidão da justiça nacional na investigação dos fatos relacionados à morte, a família de Damião submeteu uma petição ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos relatando os fatos, solicitando a punição do Estado, reivindicando reparação e outras medidas. A influência gerada pela divulgação do fato do país estar sendo processado internacionalmente pela violação de direitos humanos relacionados com sua política de saúde mental, fez com que os agentes envolvidos na dinâmica de forças que atravancavam o projeto, se reorganizassem e a partir disso, de modo célere, o projeto tramitou, tendo sido aprovado e sancionado.

Portanto, o presente capítulo busca desvendar através de análise conjuntural, a criação e institucionalização de uma política de abrangência nacional em matéria de saúde mental, desde o Brasil Colônia até a efetivação da Reforma Psiquiátrica no ano de 2001.

O amplo recorte temporal mostra-se necessário, pois, para que se entenda que o formato em que se encontrava a política nacional em matéria de saúde mental no momento da morte de Damião Ximenes Lopes, deriva de mais de dois séculos de desestruturação, falta de interesse público na afirmação de sua responsabilidade e a outorga de prerrogativas a entes privados como mecanismo de exclusão social daqueles que não se enquadravam no padrão de normalidade comportamental societária. Assim, a análise, que não tem a menor pretensão de deslindar em absoluto a concretude de ações e inações estatais, aborda desde o império até a aprovação

da Lei Federal nº 10.216/2001 os principais fatos e tendências político-conjunturais que conduziram até a aprovação da Reforma e sua consequente implantação.

## 5.1 – Saúde Mental no Império

A loucura só passa a ser objeto de ações governamentais no Brasil, na época do Império, após a vinda de Dom João VI e toda a Família Real, no início do Século XIX. Antes disso, em um período de quase trezentos anos, os doentes mentais foram abjetamente relegados à própria sorte ou aos tratos de suas famílias, evidenciando, a existência uma linha divisória de natureza econômica e social. Aos pobres a rua; aos mais abastados os “cuidados” familiares. Neste período, eram vistos como “resíduos da sociedade e uma ameaça à ordem pública” (PASSOS, 2009, p. 104).

Pontualmente, algumas instituições de caráter asilar pertencentes a Igreja Católica tentavam oferecer assistência aos loucos e desvalidos. Nos casos em que os doentes apresentassem atitudes violentas ou comportamento agressivo, eram asilados nos porões das Santas Casas de Misericórdia, amarrados e em péssimas condições de higiene e cuidado (COSTA, 2003, p. 148; PASSOS, 2009, p. 104).

Em 1830, a recém criada Sociedade de Medicina e Cirurgia, formada então pelos melhores médicos e intelectuais da Corte Real, instituiu como “palavra de ordem” “aos loucos o hospício”, ressaltando que tal instituição, à época, era o principal instrumento terapêutico da psiquiatria e aparecia como uma exigência de uma “crítica higiênica e disciplinar às instituições de enclausuramento”, atentando o poder para o “perigo existente em uma população que começa a ser percebida como desviante, a partir de critérios que a própria medicina social estabelece” (FONTE, 2012). Dessa forma, a partir de então, passou-se a pregar novos parâmetros para o tratamento da loucura feito através dos hospícios.

A população brasileira, mobilizada pela opinião pública (de baixa escolarização) do período também exerceu certo quinhão na

institucionalização desta nova forma de tratamento psiquiátrico (AGUIAR; AGUIAR, 2014, 195). Sobre o assunto relata Augusto César de Farias Costa (2003, p. 148 -149)

Podemos caracterizar a sociedade brasileira no tempo do império como não muito diferente da fase colonial. A parte superior do edifício social era constituída por nobres e proprietários rurais – na maioria das vezes as duas coisas – seguida por uma parcela de comerciantes, envolvida por uma multidão de seres humanos, que lhes prestavam trabalho escravo, e entre esses, um sem-número de desocupados, bêbados, mendigos, loucos e prostitutas, quando não tudo isso junto, que regularmente perturbavam a ordem pública, trazendo desconforto à vida dos burgueses locais (...) [que exerciam pressão] para o recolhimento dos alienados “inoportunos” a um lugar de isolamento, além do questionamento de alguns médicos e intelectuais frente as condições subumanas das instituições asilares fizeram com que o Estado Imperial determinasse a construção de um lugar específico com o objetivo de trata-los.

Em 1841, diante desta relação de forças, o Imperador Dom Pedro II assina o Decreto de construção do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, então denominado nosocômio ou hospício, construído na cidade do Rio de Janeiro. A inauguração do “Hospício Pedro II”, vulgarmente conhecido como “Palácio dos Loucos”, ocorrida em 05 de dezembro de 1852 marca duas efemérides de importância. A primeira, que a data marca a declaração de maioridade do Imperador, que após inaugurar a instituição, seguiu para a cerimônia de coroação, e; segunda, a data marca o início da prestação de assistência psiquiátrica de viés público no Brasil (COSTA, 2003, p. 149; AGUIAR; AGUIAR, 2014, 195; FONTE, 2012).

Desde sua inauguração, o modelo assistencial baseado na internação e na privação da liberdade dos acometidos por doenças psiquiátricas tornou-se espaço socialmente aceito para os “loucos”. Outros hospícios foram construídos no país, em São Paulo (1852); Pernambuco (1864); Pará (1873); Bahia (1874); Rio Grande do Sul (1884) e; Ceará (1886) (FONTE, 2012).

Todas estas instituições prestavam o atendimento voltado à filosofia desenvolvida por Philippe Pinel, durante a Revolução Francesa. Pinel foi o

médico responsável por realizar um ordenamento lógico dos excluídos da sociedade francesa. Após observar e descrever os tipos humanos que perfaziam os “excluídos” da sociedade francesa, classificados entre portadores de Melancolias; Manias sem delírios; Manias com delírio, e; Demências, passou-se a entender o louco como “doente” e não mais como um amálgama social, trazendo maior cientificidade para o tratamento dedicado a eles, destinando um espaço social e um modo de tratamento específico.

Dessa maneira, a repercussão dessa apropriação da loucura pela ciência fez do louco um “doente” e da loucura uma doença a ser “tratada”, no caso, com ocultamento e exclusão, com vistas a uma “cura”. Além disso, baseado na compreensão de que a loucura era proveniente de uma lesão no cérebro e sob a influência do iluminismo, que pregava o zelo pela reforma social e elevação moral, considerou que as manifestações da loucura eram provenientes de um caráter mal formado e desenvolvido (COSTA, 2003, p. 146).

A despeito da “evolução” na compreensão da loucura como patologia, onde a concepção da ocupação demoníaca criado pela Contra-Reforma finalmente saiu do corpo humano, foi que a loucura tornou-se algo entendido como uma “doença” e, assim passível de obter “tratamento e cura”. Partindo destas premissas, Philippe Pinel criou tratamento de viés “moral”, como mecanismo terapêutico para a loucura na modernidade, baseado em confinamento, sangrias e purgativos, consagrando o hospital psiquiátrico como sendo o lugar social dos loucos (COSTA, 2003, p. 146).

Neste sentido, a política de assistência psiquiátrica brasileira do império esteve totalmente vinculada à filosofia pineliana, que embora fosse executada na Europa com o viés científico e com instituições adequadas, no Brasil, o sistema era insuficiente para o atendimento, tendo sido verificado, pelo menos no que diz respeito ao “Hospício Pedro II”, a inexistência de suficientes médicos para o atendimento dos pacientes, problemas de gestão, discriminação, superpopulação, violações de direitos humanos, causando a falta de recuperação dos pacientes (AGUIAR; AGUIAR, 2014, p. 196).

## 5.2 – A Saúde Mental na Primeira República até o Regime Militar.

Com o advento da República em 15 de novembro de 1889 pelo Marechal Deodoro da Fonseca, instaura-se novo período da história nacional. Um período caracterizado, ao menos no aspecto social, pelo “redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e pela legitimidade dos novos parâmetros definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização” (ENGEL, 2001, p. 331).

Dentre tais redimensionamentos produzidos pela assunção da República, podemos citar principalmente a dissociação do caráter religioso da administração dos hospitais psiquiátricos então existentes. O “Hospício Pedro II” se desvincula da Administração da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e passa a formar parte das instituições da administração pública, passando a chamar-se “Hospício Nacional de Alienados”, sendo a primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República (FONTE, 2012).

Com a abolição da escravatura e a imigração de diversos grupos étnicos e sociais em todo o território nacional, mormente como agentes da consolidação do modelo econômico agrícola, as cidades começaram a crescer gerando também a necessidade do fortalecimento das instituições do poder público com vistas a prestação de um tratamento que extirpasse das ruas ou do convívio social todos aqueles que eram incompatíveis com o grau de civilidade da sociedade brasileira (COSTA, 2003, p. 149; FONTE, 2012).

Surgem assim, outras instituições análogas aos hospícios, como os asilos de mendicidade, casas de alienados, quartéis de polícia e outros que visavam realizar a exclusão social do “louco” garantindo que ele não ficasse perambulando pela rua, à vista dos passantes. No entanto, para além destas, surge também neste período, como alternativa ao saneamento das cidades, os hospitais-colônia, que consistiam na submissão dos loucos às fazendas nas cercanias das cidades, onde além de ocultados, teriam de trabalhar para sustentar-se, gerando desoneração dos cofres estatais.

A maioria dos estados brasileiros incorpora essa modalidade de tratamento, seja como complemento aos hospitais psiquiátricos já existentes ou como única opção para tratamento em determinada região, como sendo um reflexo do ambiente político e ideológico fértil ao seu desenvolvimento. Isto é, no viés de Augusto César de Farias Costa (2003, p. 150) a prática

Atendia a necessidade do incipiente capitalismo brasileiro pós-escravidão e da nova moral social burguesa, que enaltecia a dedicação de todos ao trabalho e pregava que “o trabalho dignifica o homem”. Esta formulação também contava com os nítidos ingredientes racistas, pois, apregoava que o trabalho faria com que a tradicional “moleza” do brasileiro, pardo, fruto de uma mistura étnica, que levava à indolência e à deterioração moral, pudesse ser “brancalizada, “tratada” e “normalizada”, revertendo a índole dessa população “mal miscigenada”.

No entanto, o tratamento em hospitais-colônia não se mostrava eficaz no aspecto terapêutico em face da impossibilidade da reinserção social dos egressos de tais instituições.

Além disso, os princípios eugênicos, advindos da psiquiatria alemã do período, que foram sistematizados pela Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923 - gestora de um projeto de administração da loucura no país, que apesar de gozarem de alguma influência nas instituições existentes - nunca chegaram a ser hegemônicos no aspecto da administração proposta, mas permearam o ideário médico e institucional da época. Tais princípios omitiam o paradoxo “capital-trabalho” de suas aspirações enclaustradas em princípios racistas, ante as diferenças étnicas, culturais e sociais da população brasileira, culpando aspectos biológicos pela exclusão social dos que fossem inaptos à produção (COSTA, 2003, p. 150).

À despeito disso, as instituições do período continuaram a se disseminar e a praticar o mesmo tratamento de viés isolacionista. Mesmo os hospitais-colônia que para Elaine Maria Monteiro da Fonte (2012), “continuaram a manter na prática a mesma função que caracterizava a

assistência ao alienado no Brasil desde a sua criação, a de excluir o louco de seu convívio social e escondê-lo da sociedade”.

Neste sentido, diante da conjuntura, a psiquiatria brasileira continuava a se fortalecer por meio da fabricação de sua própria clientela, sendo verdadeira a afirmação de que, apesar de ter surgido para resolver o “problema da doença mental”, ela passa a fabricar mais e mais “doentes”, gerando a necessidade urgente do Estado de acompanhar o crescimento da demanda pela criação de novas e da ampliação das instituições existentes (COSTA, 2003, p. 150).

Com a instalação do Governo Getulista em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde transferindo a gestão da “assistência a psicopatas do Distrito Federal”. Entretanto, a principal medida tomada por Getúlio Vargas foi a edição do Decreto nº 24.559 de 03 de julho de 1934, cuja súmula descreve dispor “sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, assim como a fiscalização dos serviços psiquiátricos”. Trata-se da primeira lei a regulamentar de alguma forma o serviço psiquiátrico prestado no Brasil. Nesta legislação, o portador de transtornos mentais era tratado como questão de polícia e de ordem pública. Sendo possível a internação mediante ordem da polícia em quaisquer casos onde fosse constatado distúrbio da ordem pública, gerando uma política de subtração da condição de cidadão aos portadores e atribuindo aos psiquiatras amplos poderes sobre o doente, sendo possível inclusive questionar uma ordem judicial. A psiquiatria do período passa a atuar como “sociedade política” (repressiva) e como “sociedade civil” (criadora de ideologia), portanto (COSTA, 2003, p. 150 – 151).

Desta forma se foi gestando um sistema vinculado ao Estado, de práticas asilares como modelo para a assistência terapêutica aos portadores de doenças psiquiátricas. O respaldo dado às autoridades zeladoras da ordem pública e aos médicos especialistas associados com a visão de que o isolamento e o banimento consistiam na melhor saída para a extirpação social dos “loucos” criou uma rede de instituições públicas e principalmente incentivou o segmento privado a entrar no tema.

Este período coincide com a entrada de novos instrumentos terapêuticos no país, como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulino-terapia e a eletroconvulsoterapia (FONTE, 2012).

Em 1941 o Decreto-Lei nº 3.171 de 02, criou o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), posteriormente regulamentado pelo Decreto-Lei nº 7.055 de 1944. O SNDM prestou-se a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos, sendo evidente o aumento da instalação dos hospitais-colônia, a partir da gestão do diretor Aduato Botelho (FONTE, 2012; COSTA, 2013, p. 151).

No entanto, a política implantada pela construção de novas instituições hospitalares não fizeram frente à demanda existente no país tanto no aspecto físico, enquanto instituições, como no aspecto de pessoal especializado, vez que, a formação de médicos psiquiatras no período era baixa. Assim a imobilidade e a lentidão do tratamento geravam um ambiente vicioso de baixa eficácia.

A criação de novos hospitais não amenizou a situação caótica dos hospitais públicos que, na década de 50, viviam em total abandono e apresentando excesso de pacientes internados, continuando os hospitais psiquiátricos a terem basicamente a função social de exclusão (FONTE, 2012).

Para Heitor Resende (2007, p. 56) o descrédito que os hospitais e ações governamentais realizadas até o período possuíam era tamanho, que a população expressava por meio de “marchinhas carnavalescas, anedotas e rótulos pejorativos” o que por certo, no futuro, travestiu importante argumento para o fortalecimento da iniciativa privada do setor.

A partir da década de 50, alguns setores da psiquiatria brasileira passaram a afiliar-se ao viés preventivo da medicina, por influência da escola norte-americana. Neste período, fora anunciada a criação do primeiro medicamento neuroléptico sintetizado em laboratório para o tratamento de psicoses.

No aspecto internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu formalmente através de sua normativa o conceito de saúde e

direcionou a nomenclatura das moléstias psiquiátricas a um viés distinto à conotação pejorativa a que estes doentes eram submetidos, conforme se vê

A Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), criada após a II Guerra Mundial com o objetivo de cuidar da saúde dos povos do mundo, passou a definir saúde como “bem-estar físico, mental e social”. Baseada em estudos que revelaram o custo excessivo da “doença mental”, recomendou o “investimento em ações de saúde mental” e a adoção do termo “saúde mental” ao invés de “doença mental”. Dessa forma, a referência tradicional da saúde como abordagem curativa passou a integrar a concepção “primária, secundária e terciária” da assistência, incorporando assim a assistência psiquiátrica à saúde pública e constituindo-se na psiquiatria comunitária (COSTA, 2003, p. 151)

Por derradeiro, no aspecto temático do período, já na experiência democrática pós-getulista (1945-1964), o estado brasileiro passa a conviver com uma prática de tratamento de natureza “asilar/carcerária” em alusão à terminologia utilizada por Augusto César de Farias Costa (2003, p. 151) referindo-se ao tratamento dispensado aos portadores e um discurso oficial calcado na medicina preventiva.

Estes anos foram de especial aumento da população submetida à assistência psiquiátrica, mormente ante a vitalidade e euforia características do governo de Juscelino Kubitschek (FAUSTO, 2012, p. 233 – 238). Em 1950 o número de pacientes submetidos a tratamento psiquiátrico era de aproximadamente 24.234 pessoas, sendo em 1955, 34.550. Em 1960, essa população alcançou o patamar de 49.173. A quantidade de hospitais psiquiátricos que até 1852 era igual a zero, chegou a 135 em 1961, sendo, destes, 54 públicos e 81 privados. No mesmo período existiam apenas 17 ambulatórios de psiquiatria em todo o território nacional (COSTA, 2003, p. 152).

Seriam três os principais fatores que levaram ao aumento destes números, de acordo com Augusto César de Farias Costa (2003, p. 152) primeiro o aumento populacional, natural para a época desenvolvimentista a que o país estava submetido; segundo, a crônica má-distribuição de renda, que encontra-se presente desde a colônia e que consiste em amálgama social

indissociável à realidade brasileira até os nossos dias, e; terceiro, o principal fator que seria o modelo preventivista e a caça aos suspeitos de loucura. Sobre este terceiro elemento, elucida o mesmo autor, sobre uma prática recorrente das autoridades públicas em prol da internação compulsória de viés preventivo, como se vê

Métodos de busca e internamento de pessoas como, por exemplo, o realizado por ambulâncias que, durante os anos 60 e 70, percorriam as cidades, especialmente após clássicos de futebol, identificando indivíduos que portassem a “carteira do INPS” e que estivessem dormindo embriagados na via pública. Após a averiguação, eram levados e internados com o diagnóstico de “psicose alcoólica” (COSTA, 2003, p. 153).

A partir do Golpe Militar, deflagrado em 1964, conforme já visto no capítulo anterior, a política de assistência à saúde do período teve como principal marca a política de privatização. A unificação dos IAP's, resultando na criação do INPS no ano de 1966 criava uma situação em que somente quem estava trabalhando e possuía vínculo empregatício com carteira assinada é que poderia gozar dos benefícios ofertados pelo INPS, ou seja, apenas as pessoas social e economicamente ativas poderiam ter acesso às políticas de prestação de saúde.

Para Eliane Maria Monteiro da Fonte (2012) os governos militares consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos em clínicas e hospitais conveniados, que ante a conjuntura, floresceram rapidamente.

Nos anos que se seguiram ao golpe, houve um aumento exponencial do número de leitos e vagas em hospitais públicos e principalmente privados. Em 1971, existiam 72 hospitais públicos e 289 privados, resultando em 80.000 leitos; em 1981 existiam 73 hospitais públicos e 357 hospitais privados, oferecendo 100.000 leitos (AGUIAR; AGUIAR, 2014, p. 196; COSTA, 2003, p. 153). O ritmo de crescimento só arrefece a partir das discussões em torno da reforma sanitária e, posteriormente, da reforma psiquiátrica, cujas razões, se discutirão na sequência.

As internações, em virtude das práticas preventivistas utilizadas, passaram a ser realizadas através de métodos discricionários, próprios da psiquiatria ou do anseio das famílias do portador, tanto em hospitais públicos como privados, como decorrência lógica dos fatos expostos. No entanto, as instituições de natureza pública, que encontravam-se em más condições pela falta de investimento e superlotação ficavam destinadas àquelas pessoas que não possuíam vínculos com a seguridade social (INPS), ao passo que, as de natureza privada eram destinadas aos cidadãos contribuintes ou para os dependentes destes.

A importância relegada às práticas de internação era enorme. As instituições e hospitais se organizavam em torno das internações que eram a principal fonte de benefícios financeiros. Esse panorama se reforçava com a total ausência de controle estatal em relação a tais procedimentos. O que se observava era um “verdadeiro empuxo à internação, razão pela qual este sistema veio a ser chamado de indústria da loucura” (FONTE, 2012; AGUIAR, AGUIAR, 2013, p. 196).

Esta constatação da lógica mercantilista do tratamento de natureza psiquiátrica, plasmada entre o estado e a iniciativa privada, é retratada por Augusto César de Farias Costa (2003, p. 153), ao afirmar que, a instituição da loucura serviu para “abastecer e prosperar a recém-criada e rendosa indústria da loucura, que fez do louco seu artigo de comércio”, acrescentando que, desta forma, “além das representações de irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade, o louco adquiriu mais uma, a lucratividade”.

Em que pese o período autoritário instaurado no Brasil, na década de 70 constata-se o surgimento de um ambiente de profunda crise política, social e jurídica. A repressão social e ideológica engendrada no ceio do regime favoreceu a instauração da política de saúde e, principalmente, a política de atenção psiquiátrica calcado no eixo “hospitalocêntrico” e “medicamentoso” de parca atenção primária, que resultou, ainda que, de modo tímido, neste primeiro momento, nas lutas por parte dos intelectuais, médicos e pacientes, em prol de uma revisão da gestão do formato implantado

para outro caracterizado por ser comunitário e descentralizado, com especial influência dos direitos humanos.

### **5.3 - O Paradigma Basagliano e a institucionalização da Reforma Psiquiátrica**

A livre execução do tratamento psiquiátrico no Brasil, a partir de instituições privadas e públicas, consolidou-se como modelo governamental na década de 60. A partir dessa conjuntura, diversas foram as denúncias de violações de direitos humanos praticadas nestas instituições. Tais denúncias escancaravam a violência institucional, a desassistência e a marginalização promovidas pelas instituições. Como reflexo disso, houve na década de 70 a insurgência dos profissionais da psiquiatria, que, precarizados nas condições de trabalho, desataram contra a “indústria da loucura”, aproveitando-se do período inicial de uma aparente distensão da política repressiva, para tornar públicas as denúncias de estupros, agressões, trabalho escravo e mortes não esclarecidas em grandes instituições brasileiras (AMARANTE; TORRE, 2010, p. 117).

Uma das principais denúncias reportaram a situação insustentável do Hospital-colônia de Barbacena no estado de Minas Gerais em que se estima que mais de 60 mil doentes psiquiátricos perderam suas vidas. Para o médico Ronaldo Simões Coelho, citado por Eliane Brum, no prefácio do livro “Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil” de Daniela Arbex (2013, p. 14), denunciante do referido hospital, o tratamento dispensado “era a desumanidade, a crueldade planejada”. Lá, segundo sua denúncia, retirava-se “o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente”.

Como já se discutiu, não foram verificadas grandes modificações no padrão do tratamento dispensado aos doentes à despeito das graves denúncias realizadas.

O grande mérito deste inconformismo dos profissionais da psiquiatria confluiu com o ambiente de rediscussão daquilo que viria a ser

conhecido como a Reforma Sanitária, inserida no rescaldo de rechaço do autoritarismo do regime militar, em um momento de distensão.

O tratamento psiquiátrico prestado pelo Estado necessitava ser reformulado a partir de uma perspectiva crítica que legasse a estes profissionais outra perspectiva epistêmica. Neste sentido, tiveram muita abertura nas discussões acadêmico-profissionais as teorias que contrapunham a teoria da psiquiatria hegemônica tradicional como as de Michel Foucault; Ervin Goffmann; Thomas Szasz, e Franco Basaglia (FONTE, 2012). A estas teorias contra-hegemônicas deu-se o nome de “antipsiquiatria” (OLIVEIRA, 2012, p. 60)

Franco Basaglia, tido como pai da “Psiquiatria Democrática Italiana”, exerceu a influência necessária para a reformulação do tratamento no Brasil e para a institucionalização da luta pela Reforma Psiquiátrica.

O psiquiatra italiano, após realizar uma série de transformações no Hospital em que trabalhava, na cidade de Gorizia, no período de 1961 a 1968, vai aos Estados Unidos para desenvolver e amadurecer uma teoria crítica sobre a “instituição psiquiátrica e sobre a inviabilidade de sua mera reorganização, quer seja técnica, administrativa, humanizadora ou simplesmente política” para a eficácia do tratamento e, em contraposição à prática hegemônica da psiquiatria no período. Para ele, era claro que o modelo de organização da psiquiatria não prestava assistência aos pacientes e não serviria para a extinção dos hospitais e clínicas do gênero.

De acordo com sua percepção, e de modo geral, para os afiliados à antipsiquiatria, a institucionalização era quase sempre prejudicial. A ideia de que o louco era primordialmente improdutivo, incapaz, inútil e perigoso era fabricada pelo sistema manicomial, e que, se conduzido de forma competente o tratamento psiquiátrico poderia reverter quadros clínicos que, ao ver da psiquiatria hegemônica, eram inevitavelmente cronificantes (OLIVEIRA, 2012, p. 60).

Basaglia teoriza e defende um tratamento que tornaria obsoletos os manicômios a partir da construção de uma rede de serviços externos, de modo a priorizar as medidas direcionadas de caráter extra-hospitalar ou,

por assim dizer, de natureza não manicomial (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 43).

Após este período nos Estados Unidos, Franco Basaglia retorna à Itália e em 1971 passa a colocar em prática uma verdadeira desconstrução do modelo de assistência psiquiátrica existente no Hospital Psiquiátrico da cidade de Trieste, tornando-o distinto, de acordo com o seu referencial crítico.

Aí começa a verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos “tratamentos” violentos, a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. Ao contrário do que muitos afirmavam – e ainda afirmam – esse trabalho desenvolvido em Trieste não propugnava a suspensão dos cuidados aos que deles necessitavam, mas a construção de novas possibilidades, de novas formas de entender, de lidar e de tratar a loucura (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 43 – 44).

E segue, referindo-se ao papel da institucional do hospital psiquiátrico

E ainda a “negação da instituição” não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 43 – 44).

Como meio de instrumentalizar o tratamento basagliano e visando compensar a abolição da instituição manicomial, são construídos sete centros de saúde mental distribuídos geograficamente pela cidade de modo a possibilitar o acesso dos doentes. Ainda, são construídos grupos-apartamentos que possibilitavam a residência de alguns usuários do tratamento, por vezes sós, por vezes acompanhados por profissionais da saúde. Cooperativas de trabalho também formaram importante peça do tratamento de modo a inserir os pacientes no mercado de trabalho, consistindo em um meio para a autoafirmação social e econômica destes, além de representar economia para o estado (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 44).

Em síntese, a experiência de Franco Basaglia em Trieste conduziu à destruição do manicômio como instituição psiquiátrica tradicional, isolacionista, alienista e segregadora, com isso, gerando a mitigação da violência para com os pacientes. Em tempo, criou-se um programa constituído de várias instituições de atenção que, concomitantemente, “oferece e produz cuidados, oferece e produz novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica” (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 44).

A partir da experiência exitosa de Basaglia em Trieste, seus feitos passam a influenciar a comunidade médica, intelectual e política do estado italiano, demonstrando a necessidade de uma reformulação crítica nos mesmos moldes que o caso brasileiro. O Movimento pela Psiquiatria Democrática é instituído em 1973, objetivando construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica em todo o território italiano. Tal fato desagua na aprovação da Lei 180 de 13 de maio de 1978, que passou a ser conhecida como “Lei Basaglia”. De acordo com Franco Rotelli e Paulo Amarante (1992, p. 46)

a Lei 180 tem enormes e irrefutáveis méritos: substitui a legislação de 1904, proíbe a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, reorganiza os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restitui a cidadania e os direitos sociais aos doentes, garante o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado.

Desta maneira, a “revolução basagliana”, conforme Walter Ferreira de Oliveira (2012, p. 61), representou um projeto de amplitude nacional centrado na desinstitucionalização que contou a construção de um sistema de entidades e serviços não manicomial que efetivaram uma transformação social aos doentes que passaram a readquirir um lugar social que não o da pretensa exclusão. Esta corrente de pensamento também serviu, no caso brasileiro, como influência para o fortalecimento de uma nova vertente crítica para a compreensão sobre a produção, divulgação e manipulação do saber (e do poder) sobre saúde e doença mental.

## 5.4 – A luta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira

Na segunda metade da década de 70, a situação periclitante e a total ausência de fiscalização da prestação do tratamento psiquiátrico por parte do Estado em relação às instituições privadas, produziram a chamada “indústria da loucura”. A situação fez com que os funcionários do sistema de saúde como um todo, diante das inúmeras contradições e injustiças verificadas, se organizassem e, cada qual, em sua área de atuação, propusessem a reformulação do sistema de saúde. A este processo damos o nome de Reforma Sanitária.

O recorte psiquiátrico da Reforma Sanitária, ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. Este recorte, por sua vez, surgiu como parte de um movimento mais amplo, internacionalizado e engajado com as lutas pelas liberdades políticas, em um ambiente tomado por intensas discussões e não menos intensas lutas, que formavam um ambiente convidativo à conscientização e participação popular. Assim o movimento pela Reforma Psiquiátrica pôde ser visto como

Um movimento social e político, embora o seu objeto central seja tratado no território teórico-conceitual e os atores que defendem a Reforma Psiquiátrica são eminentemente militantes, além de técnicos e pensadores (OLIVEIRA, 2012, p. 63).

Esta teve por bases epistêmicas a antipsiquiatria enquanto tal, mas principalmente a Psiquiatria Democrática Italiana, capitaneada por Franco Basaglia.

Basaglia se identificava com o caso brasileiro, sendo que esteve por diversas vezes no país para ministrar palestras em eventos científicos entre 1975 e 1980. Na visita realizada no ano de 1979, ocasião em que veio participar de inúmeras conferências, Basaglia, além de influenciar e insuflar o pensamento reformista na comunidade médica e intelectual brasileira, verifica também que a “distensão”, já chamada de “abertura”, “torna-se patrimônio público, apropriado pelos movimentos sociais” para

reivindicação de pautas democráticas (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 47).

Assim, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que congregou essa classe com abrangência nacional, trazendo a partir de 1978, o assunto da necessidade de reformulação do tratamento prestado em matéria de saúde mental no país. Com esta instituição deflagra-se o movimento pela Reforma Psiquiátrica, que foi ampliado com a participação de outros movimentos sociais formados por técnicos de saúde, acadêmicos, organizações comunitárias, familiares de portadores de transtornos psiquiátricos (OLIVEIRA, 2012, p. 62; FONTE, 2012). A atuação do MTSM combinava reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário que alcançou grande repercussão nacional (TENÓRIO, 2002, p. 32).

Durante a década de 80, com a congregação de profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, classes, credos e diversos representantes da sociedade civil criou-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), demonstradamente heterogêneo, mas com um firme consenso entre os membros, traduzido em que não se poderia considerar aceitável que o infortúnio do acometimento de um transtorno mental leve qualquer indivíduo ao encarceramento manicomial, por tempo indeterminado, com tratamentos paliativos com desrespeito a direitos humanos e civis (FONTE, 2012).

Em 1984, no contexto preparatório para a efetiva redemocratização, após a eleição indireta de Tancredo Neves para a presidência da república, em plena constância da luta pela Reforma Sanitária, convocou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental para realizar-se em 1987 no Rio de Janeiro. Tal Conferência ocorreu no contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 que representou marco fundamental da Reforma Sanitária, por ter sido ponto de inflexão na reorganização da atenção à saúde com vistas a aprovação do SUS.

Define, Augusto Cesar de Farias Costa (2013, p. 160) que na Conferência Nacional de Saúde Mental

Explicitou-se qual a natureza da dificuldade existente no modelo assistencial psiquiátrico vigente em nosso país. Ficou claro então em essa dificuldade somente seria ultrapassada se houvesse o enfrentamento com as forças mantenedoras daquela conjuntura nos campos cultural, técnico, político e ideológico e que, além disso, seria necessária a transformação do modelo existente – baseado na assistência hospitalar médico-psiquiátrica, potencialmente corrupto, reconhecidamente oneroso, não resolutivo, institucionalizador e violento – em um modelo assistencial de base territorial, comunitário e aberto.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental tornou clara a utilização perversa dos recursos governamentais e uma tentativa de sabotagem do caráter comunitário e social do evento. No primeiro aspecto, foram divulgados, documentos oficiais produzidos pelas autoridades sanitárias, que demonstraram a relação do poder público com as instituições privadas e com o modelo asilar de tratamento psiquiátrico. Na proposta de Política de Saúde Mental da Nova República de 1985, constava que a despeito da crítica realizada nos 10 ou 15 anos anteriores ao evento, a política de financiamento das internações não sofreu alteração, sendo que “dos recursos gastos pelo INAMPS em serviços psiquiátricos contratados junto às clínicas privadas, 81,96% destinavam-se à área hospitalar; e 4% à assistência ambulatorial”, ao que se concluiu que a perspectiva sanitária de incorporar as propostas reformistas nas políticas oficiais “vinha sendo anulada pela resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico”. Ainda, ficou demonstrada a estratégia, no próprio evento, tendo em vista que a Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde juntamente com a Associação Brasileira de Psiquiatria, buscaram dar ao evento uma conotação científica e formal, esvaziando sua característica precípua, especialmente pelo momento vivido com a redemocratização, de viés social e comunitário, tal qual requereu a reforma sanitária em 1986 com a VIII Conferência Nacional da Saúde (TENÓRIO, 2002, p. 34 - 35).

Da Conferência, os apoiadores da reforma psiquiátrica se viram fortalecidos. Ao menos no que respeita a deflagração da reforma psiquiátrica como pauta emergencial e com ampla capilaridade. O lema proposto foi “Por uma sociedade sem manicômios”.

No mesmo ano, a cidade de São Paulo inaugurou o primeiro Centro de Atenção Psicossocial<sup>1</sup> (CAPS) no país, batizado de CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que serviu como exemplo irradiador de um novo modelo de cuidados para a psiquiatria brasileira (TENÓRIO, 2002, p. 40).

Com a mentalidade dos CAPS, o tratamento psiquiátrico passa a compreender vários tipos de atividades com vistas a incluir o paciente na realidade social cotidiana, resgatando a condição de cidadania deste. Entre tais práticas prestadas, estariam o atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades sócioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde); visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior; atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p. 2 - 3).

No ano de 1988, o impacto gerado pela promulgação da Constituição Federal, que criou regras influenciadas diretamente pela articulação dos movimentos sociais em prol da reforma sanitária, viu na universalização da saúde, consonância com ditames, inclusive internacionais, de previsão de direitos humanos, e um alento em prol de suas demandas.

Com os augúrios de uma nova e vanguardista ordem constitucional, e, sobretudo, após a redistribuição das competências dos municípios em relação a fiscalização e gestão da saúde, registrou-se caso de experiência positiva em relação à desconstrução do papel institucional de um manicômio na cidade de Santos, estado de São Paulo, no episódio retratado pela

---

<sup>1</sup> Os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13)

literatura da área como sendo o “Caso da Casa dos Horrores”. Nele, o então secretário de saúde do município, David Capistrano Filho, realizou intervenção para municipalizar um hospital, chamado de “Casa de Saúde Anchieta” que era administrado pela iniciativa privada havia mais de 40 anos, absorvendo a totalidade de casos de internação asilar daquela região. A atividade do hospital escancarava uma situação de maus-tratos e clara violação de direitos humanos (TENÓRIO, 2002, p. 37).

A decadência daquela instituição se manifestava de várias formas e pouco a pouco a Casa de Saúde converteu-se numa Casa de Horrores. A superlotação era terrível. Uma lei federal dita que se deve ter seis metros quadrados por paciente. Se isso fosse obedecido, a Casa deveria ter 219 internos. No dia 2 de março de 1989 tinha 543! Logicamente não havia espaço para todos, por isso muitos ficavam pelo chão mesmo. Havia apenas 290 camas, sem os nomes dos seus ocupantes. Quem não conseguisse a sua no momento de abertura dos dormitórios, ficava sobre colchonetes espalhados pelo chão. Alguns colchonetes eram ocupados por duas pessoas (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 99)

O quadro de pessoal do hospital tampouco representava número equivalentemente razoável.

O hospital deveria ter pelo menos 28 enfermeiros e 116 auxiliares de enfermagem, mas havia apenas uma enfermeira e três auxiliares. Deveria ter sete assistentes sociais. Tinha uma que trabalhava somente pela manhã. Deveria ter oito psicólogos. Tinha apenas uma meio-período. Nenhum farmacêutico, nenhum nutricionista, nenhum terapeuta ocupacional. Em compensação dez pessoas trabalhavam nas áreas de faturamento, escritório e contabilidade (CAPISTRANO FILHO, 1995, p. 100).

Conforme as condições descritas, pode-se estimar que o tratamento prestado aos internos não era nem minimamente condizente com a perspectiva curativa e ressocializadora a que a reforma predicava. Do relato do então secretário de saúde, David Capistrano Filho (1995, p. 101), colhe-se que, entre janeiro de 86 e abril de 89, houve 50 mortes na Casa de Saúde Anchieta.

O Secretário então, calcado nos dogmas da Psiquiatria Democrática Italiana, principalmente, na experiência basagliana, efetivou uma intervenção administrativa na instituição, após o recebimento de inúmeras denúncias. A partir desta experiência realizou-se verdadeira reconstrução da atenção psiquiátrica no município de Santos.

A primeira delas veio da reestruturação do próprio hospital, que desapropriado por razões de utilidade pública, foi reestruturado para prestar serviço relativo aos doentes que realmente não possuíam condições de reintegração social devido à gravidade do seu transtorno. A partir da reestruturação do hospital, foi desenhada nova estruturação regionalizada e descentralizada de instituições denominadas Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), que eram abertas, oferecendo cuidados 24 horas por dia, todos os dias da semana, oferecendo inclusive a possibilidade de internação, sendo que cada unidade NAPS possuía cerca de seis leitos para tal finalidade (TENÓRIO, 2002, p. 37 - 38).

Ainda, de modo a expandir o Programa de Saúde Mental no município de Santos, foram oferecidos distintos meios de tratamento com diferentes tipos de recursos, como por exemplo, o mesmo espaço funcionando como hospital-dia ou hospital-noite, aceitando frequências variadas ou mesmo irregulares ao tratamento e oferecendo acesso desde a consultas médicas e psicológicas até atividades grupais. De modo a abranger os doentes que não poderiam se deslocar até o NAPS, ou mesmo aqueles que por outra razão não davam continuidade ao tratamento, uma rede específica de profissionais passou a realizar visitas domiciliares (TENÓRIO, 2002, p. 38).

Em relação aos resultados da reformulação da política em saúde mental no município de Santos pode-se afirmar de acordo com o secretário de saúde David Capistrano Filho (1995, p. 118)

São extremamente positivos. Há inúmeros casos de pessoas que conquistaram de fato uma nova vida nesse processo. Várias famílias passaram a reconhecer que seus parentes são pessoas diferentes, e aprenderam a conviver com essa diferença. Alguns, inclusive, a admirá-la.

E segue, ao situar o caso dentro de um processo de anseio por reformulação maior, a partir do êxito do programa santista descreve o mesmo autor (1995, p. 120),

Por fazer parte de um processo muito mais amplo e profundo, o programa de saúde mental conseguiu uma grande adesão da opinião pública, superando a expectativa mais otimista. Tivemos uma importante mobilização da população na defesa da continuidade do programa, com manifestações e concentrações populares que acabaram criando uma repercussão dos problemas e êxitos alcançados, ultrapassando de longe as fronteiras do município.

Neste mesmo ano de 1989, como confluência da máxima influência da reforma sanitária, culminada na imposição constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do estado; da junção via Conferência Nacional de Saúde Mental das forças nacionais em prol da reformulação da lei que normatizava o tratamento, que era, ainda, o Decreto Getulista de 1934, e com a influência dos exemplos de Santos e São Paulo, que estavam em plena marcha com vistas à execução de verdadeira reforma do tratamento e com ótimos resultados foi que, o Deputado Federal Paulo Delgado do PT, protocolou um projeto de lei que representava a verdadeira reforma ansiada pelo Movimento pela Luta Antimanicomial.

Este projeto frutificou do intenso período legisferante decorrido da mudança de paradigmas sociais e políticos do ambiente de transição do regime militar para o democrático, que tornava clara a necessidade de uma nova lei nacional que sustentasse a nova concepção da psiquiatria pública, ancorada nos direitos humanos, na liberdade, nos métodos modernos de tratamento e na base territorial da organização dos serviços (DELGADO, 2011, p. 115).

Ao projeto de lei de Paulo Delgado e sua tramitação se devotará aparte específico na sequência do capítulo.

Mostra-se importante ressaltar que, o processo de lutas por reformas psiquiátricas foi um fenômeno regional no que tange a América Latina, no

período entre as décadas de 70 e 80, tendo se verificado em diversos países, sobretudo, na vertente basagliana, que pregava a tomada de ações de viés extra-hospitalar e comunitário. A comunhão de ideias e propósitos dos países da América Latina possibilitou a ocorrência da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, promovida pela OPAS, realizada em Caracas, Venezuela. Deste evento, que foi aberto não só a estados como também a representante de movimentos sociais e militantes da temática, aprovou-se a “Declaração de Caracas” de 14 de novembro de 1990.

A Declaração de Caracas, qual o Brasil se vincula, prevê que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permita a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais, e que, tal reestruturação da atenção psiquiátrica na região, implique a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços. Ainda, insere que as legislações dos países devem se ajustar de maneira que assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes mentais e promovam a organização de serviços que garantam seu cumprimento.

Todas estas predições, juntamente com os recursos utilizados na reestruturação, devem obedecer a um regime de salvaguarda à dignidade pessoal e aos Direitos Humanos e civis dos pacientes, além de basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados. Por fim, a Declaração define que os agentes signatários, quer sejam instituições dos governos ou da sociedade civil que participaram da discussão e aprovação do documento, se comprometam, acordada e solidariamente, a assegurar e desenvolver nos países programas que promovam a reestruturação, assim como se comprometam pela promoção e defesa dos direitos humanos dos pacientes mentais de acordo com as legislações nacionais e com os respectivos compromissos internacionais.

A Declaração de Caracas consiste em importante documento pró reforma, vez que veio a fortalecer as instituições e movimentos sociais que

lutavam pela reforma e serviu como uma renovação para as ações pela construção de uma sociedade capaz de valorizar a existência humana dos acometidos por tais moléstias.

Aqui se realça a relevância da normatividade transnacional de direitos humanos no movimento de humanização da saúde mental e de ampliação do fortalecimento dos instrumentos normativos adequados à defesa dos doentes no Brasil, cujo foco fundamental é a conclamação à participação ativa não só de atores sociais diretamente envolvidos com o sistema, entre eles: profissionais da saúde familiares e gestores públicos setoriais, mas da sociedade como um todo, em defesa da dignidade da pessoa humana em suas múltiplas dimensões (AGUIAR; AGUIAR, 2014, p. 198).

No que se refere à legislação doméstica, neste período pós Constituição Federal de 1988, para além da instituição íncita do Sistema Único de Saúde com a efetiva regulamentação através das Leis Federais nº 8.080 de 1990 e 8.142 do mesmo ano, em relação à saúde mental especificamente foram baixadas as Portarias Ministeriais nº 189/MS em 1991 e 242/MS em janeiro de 1992, estabelecendo diretrizes e normas para o atendimento dos pacientes portadores de transtornos mentais. No entanto, embora a portaria servisse como norte para medidas paliativas relacionadas ao tratamento vez que previa atendimento ambulatorial, criação de NAPS/CAPS e revisava normas para o atendimento hospitalar psiquiátrico, não representava uma verdadeira reformulação do tratamento. A ausência de uma legislação federal que derrogasse a getulista e transpusesse o abismo do privilegiamento privado era premente.

## **5.5 – O Projeto de Lei “Paulo Delgado” de 1989 – Da Câmara ao Senado Federal**

A luta legislativa pela reformulação tem seu início com a assinatura pelo então Deputado Federal Paulo Delgado (PT-MG) e conseguinte protocolo, do Projeto de Lei Federal nº 3.657, em 12 de setembro de 1989 na Câmara dos Deputados.

O projeto radicalizava a proposta de uma “Política de Saúde Mental para a nova República” que havia sido proposta e discutida durante diversos eventos acadêmicos e sociais como a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo sido positivamente avaliado pelos setores vinculados à reformulação ante o estado calamitoso em que se encontrava a assistência no país (GENTIL, 1999, p. 8).

O projeto original, em si, bastante sintético, possuía a seguinte ementa “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”.

O artigo 1º proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospitais psiquiátricos. O artigo 2º estabelecia que as administrações regionais de saúde estabeleceriam a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, com unidade psiquiátrica em hospital-geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial, dando um prazo de um ano para tais instituições apresentarem o cronograma de implantação dos recursos técnicos destinados aos atendimentos.

O artigo 3º estabelecia que a internação psiquiátrica compulsória deveria ser comunicada pelo médico que a procedeu, em 24 horas, à autoridade judiciária local, com preferência a Defensoria Pública caso existisse no local. O parágrafo único deste artigo definia a internação psiquiátrica compulsória como sendo aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal. E, por derradeiro, o artigo 4º definia a regra de vigência da lei, sendo que passaria a vigorar, conforme o projeto, após as votações correspondentes nas duas casas legislativas, no dia da publicação da sanção presidencial em diário oficial, restando revogadas as

disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto-Lei nº 24.559, de 03 de julho de 1934 (BRASIL, 1989).

Ao explicitar as razões da proposição do referido Projeto de Lei, Paulo Delgado, assim se referiu aos manicômios e ao sistema governamental estabelecido

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais. Seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da "Lei Basaglia". A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção. No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, digna e ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais (BRASIL, 1989).

Ainda, frisa Paulo Delgado que a problemática da liberdade em que o projeto se insere, cerceia o poder de sequestro da psiquiatria praticada na época com a inclusão da instância judiciária, na decisão referente à internação compulsória, conforme acontece nos Estados Unidos. Ele ressalta que à época da proposição do projeto, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais eram anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes e que, portanto, a intervenção judiciária seria bem-vinda.

À modo de concluir, sintetizando a problemática em que o projeto se involucra, defende o Deputado que

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar - **da única forma possível** - o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos (BRASIL, 1989).<sup>2</sup>

Após a leitura feita em plenário da Câmara, o projeto foi remetido para as Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania em 04 de abril de 1990; de Seguridade Social e Família em 06 de junho de 1990, tendo sido unanimemente aprovado através dos pareceres favoráveis dos Deputados Harlan Gadelha e Carlos Mosconi, respectivamente.

A Comissão de Seguridade Social e Família tece na emissão do parecer favorável ao Projeto, um compilado denso, embasado em artigos científicos e na literatura nacional, as razões favoráveis ao projeto. Entretanto, nessa mesma Comissão, uma emenda parlamentar feita pelo Deputado Lúcio Alcântara, relativiza o alcance do artigo 1º do Projeto de Lei, ao estabelecer um parágrafo único, em que se estatui que “Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de Lei Estadual”, referindo-se ao impedimento à construção de novos hospitais psiquiátricos públicos ou à contratação de novos leitos por meio da rede privada (BRASIL, 1990).

Após tramitar perante as Comissões, o projeto foi submetido a plenário na sessão ordinária de 11 de dezembro de 1990, onde, antes de ser posto a escrutínio, foram apresentadas oito emendas ao texto original, sendo sete emendas modificativas do texto e uma emenda aditiva.

Destas, todas foram estabelecidas através de, basicamente, quatro deputados, sendo, o Deputado Jorge Vianna (PMDB-BA) cuja biografia no sitio eletrônico da Câmara dos Deputados afirma ser Médico Legista; Médico do Serviço Nacional da Lepre; Médico do INAMPS; Diretor do Serviço Médico da Associação dos Funcionários Públicos do Estado da Bahia e, com

---

<sup>2</sup> Grifo no original.

base em busca alternativa na internet, que é proprietário de hospital na cidade de Ilhéus, na Bahia (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018a; BLOG DO GUSMÃO, 2018). Também interpôs emenda o Deputado Mozarildo Cavalcanti cuja biografia no site da Câmara destaca a atuação profissional como Diretor do Hospital Nossa Senhora de Fátima; Diretor do Hospital Coronel Mota; Diretor da Maternidade de Boa Vista - RR; ex-secretário de Saúde do estado de Roraima; Assessor Especial do Governador do Estado de Roraima; Professor da Universidade Federal de Roraima; Doutor Honoris causa (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018b). Ricardo Ferreira Fiúza e Bonifácio de Andrada, juristas. Luiz Roberto Ponte, engenheiro civil. Amaral Netto, jornalista. Estes últimos, participaram na assinatura das emendas devido a serem líderes ou vice-líderes partidários ou de bancada, quais deveriam dar apoio para as proposições dos deputados no projeto para que estas pudessem ser levadas a tramitação. De modo geral, as emendas propostas visavam retirar parte da eficácia ou mesmo atravancar as medidas propostas pelo projeto original, o que demonstra a resistência dos parlamentares envolvidos com a área da saúde pública vinculados a instituições hospitalares de natureza privada.

Na sessão ordinária da Câmara dos Deputados do dia 14 de dezembro de 1990, dado o Regime de Urgência a que se submeteu o projeto, os pareceres das comissões referentes às emendas apresentadas foram feitos em plenário e relatados oralmente pelo Deputado Geraldo Alckmin, com desfecho favorável a apenas uma delas. Na efetiva votação do projeto, ele foi aprovado em sua integralidade e em duas votações, tendo sido a emenda rejeitada. Após a votação, o projeto foi submetido ao Senado Federal (BRASIL, 1990).

Diante deste cenário, expuseram-se os modelos teóricos confrontados; a concorrência de soluções diversas para a organização da rede de serviços; as premissas éticas do cuidado aos pacientes com sofrimento mental entre as possibilidades de desenho para a rede de saúde mental; o papel dos hospitais psiquiátricos que consumiam à época 90% dos recursos do SUS destinado à área da saúde mental (TENÓRIO, 2011, p. 115).

Desde o início de sua tramitação, o projeto de Lei nº 3.657/1989 sofreu com tentativas de desvirtuamento e mesmo destruição do seu objeto. Mesmo assim, com um pouco mais de um ano de tramitação, logrou ser votado e aprovado na Câmara dos Deputados. No Senado da República ele transformou-se no Projeto de Lei da Câmara nº 8/91.

Antes de explicitarmos a questão envolvendo a tramitação, mostra-se importante identificar as forças que agiam nas entrelinhas azáfamas do agudo processo legislativo, exposto a todo o tipo de pressões e lobbys prós e contras a Reforma Psiquiátrica. Podem ser identificadas duas tendências muito evidentes. A primeira de viés ideológico, que comporta o Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial, com o respaldo de diversas outras instituições da área e intelectuais, familiares e os próprios doentes, apoiados nas ideias da Psiquiatria Democrática Italiana e de Franco Basaglia, com forte apego aos parlamentares de esquerda, conforme já exposto. A segunda possui características que podem ser identificadas como de viés técnico e financeiro, representadas por instituições representativas de hospitais ou formas associativas destes, donos de hospitais privados e parlamentares vinculados à área da saúde, sobretudo, da saúde mental, e técnicos críticos à radicalidade do projeto, principalmente, no que diz respeito à ideia da não ampliação da contratação de leitos nos hospitais privados e da sustentação financeira do projeto calcado em uma ideologia “basagliana”, que diretamente nem era objeto do projeto em si.

Importante dado a ser trazido sobre essa segunda tendência é que, de acordo com Fernando Tenório, à época, os donos de hospitais eram a terceira maior fonte de recursos de financiamento das campanhas eleitorais, depois de bancos e empreiteiras (TENÓRIO, 2002, p. 49).

O debate legislativo no Senado Federal mostrou-se bastante conturbado, devido à exposição já mencionada a lobbys tanto ideológicos quanto técnico-financeiros. O avançamento de sua tramitação se atribui a isso.

Ao adentrar ao Senado Federal, o primeiro fato de importância a se registrar foi, que essa instituição organizou diversas audiências públicas,

algumas com extraordinária participação de representantes dos segmentos interessados envolvidos, vindos de todo o país para uma intensa discussão do projeto (DELGADO, 2011, p. 115 – 116).

Recebido no Senado Federal em 18 de fevereiro de 1991, o Projeto de Lei da Câmara (PLC) n° 8/91 foi distribuído à Comissão de Assuntos Sociais (CAS) em 04 de abril daquele ano, onde tramitou até o ano de 1995. Neste período recebeu três pareceres, sendo que dois deles, geraram projetos substitutivos gerais ao projeto original manifestando-se favoravelmente ao projeto e um contrariamente. Destes pareceres, o que resultou com decisão contrária ao projeto, foi emitido pelo Senador José Paulo Bisol (PSB-RS). Nele, o Senador alegou que o projeto estava atingido por vício de inconstitucionalidade em virtude de que criava obrigações para o Poder Executivo Estadual (GENTIL, 1999, p. 08).

Já em outra legislatura, no ano de 1995, o Senador Lucio Alcântara (PSDB-CE) emitiu novo parecer favorável, mas no âmbito da própria Comissão, outro parecer derivado de voto em separado, foi emitido pelo Senador Lucídio Portella (PFL-PI). Este parecer gerou substitutivo geral que reformulou, verdadeiramente, o projeto original de Paulo Delgado, instrumentalizando uma reforma psiquiátrica menos radical e pró manicômios. Por exemplo, contrariamente ao que defendia o projeto original, o substitutivo Portella incluiu o hospital psiquiátrico entre os “estabelecimentos de saúde mental” compreendidos entre estes ambulatório, pronto-socorro, emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral, enfermaria psiquiátrica no hospital geral, hospital psiquiátrico, hospital-dia, hospital-noite, centro de convivência, pensão protegida, hospital judiciário de custódia e tratamento mental, e “[...] outros estabelecimentos que venham a ser regulamentados pelo Poder Público”.

Como outras alterações propostas, neste substitutivo, foram estabelecidos três tipos de hospitalização psiquiátrica, a voluntária, involuntária e compulsória, além de expressar como sendo o objetivo da assistência a reabilitação e reinserção social, com a vedação da internação de doentes mentais em instituições com características asilares (GENTIL, 1999, p. 9).

Tal parecer contribuía para a manutenção do *status quo*, por uma série de preceitos normativos imprecisos ou mesmo relativos que não possuíam definição na própria lei, e que, possivelmente, albergariam a continuidade do modelo hospitalocêntrico. O substitutivo do Senador Lucídio Portella fez a euforia dos empresários da loucura, donos dos manicômios brasileiros (COSTA, 2003, p. 164). Tecnicamente, esclarece GENTIL (1999, p. 8)

De fato, ao incluir o hospital psiquiátrico entre os estabelecimentos de saúde mental, sem diferenciá-lo conceitualmente dos atuais manicômios e sem determinar normas para seu credenciamento e utilização, o Substitutivo Portella permitiria a manutenção do atual modelo hospitalocêntrico. Além disso ele contribuiu para a confusão conceitual entre asilo e hospital.

Em 12 de dezembro de 1995, o projeto foi lido em plenário e foi aberto prazo de cinco dias para a interposição de emendas ao texto aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais nos termos do substitutivo-geral.

Em 27 de fevereiro de 1996, foram interpostas oito emendas ao substitutivo, de cujo conteúdo não se conseguiu acesso, relatado pelo Senador Sebastião Rocha (PDT-AP). Cinco dessas emendas receberam parecer contrário e três foram agregadas ao projeto. Ao retornar a plenário em 15 de dezembro de 1998, foi aprovado o substitutivo-geral.

Entre a primeira votação e a segunda, outras dez emendas foram propostas ao projeto, voltando este para a Comissão de Assuntos Sociais, onde só foi submetido a plenário, no ano de 1999.

Neste íterim, o Senador Sebastião Rocha efetuou reuniões com o que considerou ser “todos os atores interessados no assunto” buscando conciliar os interesses tanto do Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial como da Federação Brasileira de Hospitais e os deputados interessados ou vinculados a cada um dos segmentos do projeto. Desta forma, apresentou novo substitutivo-geral ao projeto com o resultado das reuniões entre as partes. Sobre a dinâmica de forças existente na tramitação do projeto no Senado Federal descreve Pedro Gabriel Godinho Delgado (2011, p. 117)

Identifico, muito ligeiramente, duas tendências principais, dentre os legisladores que propunham substitutivos ao projeto de lei (excluo, para este propósito, os pareceres contrários ao projeto como um todo e que não apresentavam substitutivo). A primeira era a tendência de claramente descaracterizar a proposta de mudança de modelo de atenção, mantendo o hospitalocentrismo e acrescentando a ele adornos comunitários. Nesses projetos, o controle da internação involuntária era mantido como princípio, mas assumia uma regulamentação muito subordinada à perícia psiquiátrica. Entretanto, tínhamos aí um ponto em comum: todos queríamos regulamentar a internação involuntária. Essas propostas eram defendidas pelas corporações médicas e entidades que representavam os hospitais psiquiátricos. A outra linha de proposta substitutiva era de origem mais jurídica, onde se tomava o tema do tratamento do paciente mental, não apenas sua internação, como um procedimento a ser regulado por medidas da mesma natureza “do devido processo legal”. Essa segunda tendência, que não mostrava a mesma afinidade que a anterior com o hospitalocentrismo terapêutico, era, entretanto, mais conservadora do ponto de vista da autonomia e liberdade da pessoa portadora de transtornos mentais.

A segunda votação do projeto no Senado só ocorreu em 21 de janeiro de 1999, tendo sido aprovado o texto do novo substitutivo da relatoria do Senador Sebastião Rocha. Na mesma data o projeto retornou à Câmara para conhecimento e nova deliberação.

## **5.6 – O Caso Damião Ximenes e o Projeto de Reforma**

No retorno à Câmara dos Deputados em 28 de janeiro de 1999 a mesa diretora recebeu o projeto com seu substitutivo, proclamando com a leitura, em plenário, a aprovação do projeto no Senado, e, em 03 de maio de 1999, submeteu o projeto de modo simultâneo às Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF) e Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC). Até março de 2001 nenhuma das Comissões havia confeccionado parecer no projeto.

Neste ínterim ocorrem as violações de direitos humanos relativas ao Caso Damião Ximenes Lopes em que este acaba perdendo sua vida por conta de maus tratos na Casa de Repouso Guararapes no município de

Sobral no estado do Ceará. Tal instituição, privada, era credenciada para a prestação do serviço de internação hospitalar psiquiátrica perante o SUS.

Embora o Estado tenha demonstrado alguma intenção de revigorar a política de saúde mental através de tímidas ações como as já relatadas neste capítulo durante a década de 90 (criação dos primeiros CAPS e algumas portarias implantadas pelo Ministério da Saúde), à espera de uma definição do processo legislativo da tramitação do Projeto de Paulo Delgado, foi necessária a vocalização de diversas denúncias de violações que escancararam o panorama de total descaso e desgoverno com que o Estado mantinha a saúde mental para a manutenção da relação de forças entre o MNLA e os demais agentes envolvidos com maior veemência em prol da reforma. Aqui é que se insere o Caso Damião Ximenes Lopes. Conforme a afirmação da Advogada que representou o Brasil, através da Advocacia-Geral da União, em suas Alegações Prévias na Corte IDH (2005, p. 42- 43)

É neste contexto, ou seja, entre os anos de 1996 e 1999, que ocorre a morte de Damião Ximenes, que, aliada a outras circunstâncias, provoca a mobilização da sociedade civil e do Parlamento Brasileiro, que, por intermédio de sua Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados realizou em junho de 2000 a I Caravana Nacional de Direitos Humanos – Uma amostra da Realidade Manicomial Brasileira”. Nessa oportunidade, foram vistoriadas 20 instituições manicomiais em sete estados brasileiros, dando origem a um relatório que demonstra os resultados das visitas. O referido relatório acusou o que já era sabido – a existência de um modelo ainda anacrônico de atenção à saúde mental no Brasil – e concluiu indicando a necessidade de mudanças urgentes [...]

O Caso, submetido ao Sistema Interamericano, expôs a situação vexatória com que o estado brasileiro tratou historicamente os portadores de doenças mentais. Foi a primeira condenação do Brasil perante um Tribunal Internacional e abriu a jurisprudência do Sistema de proteção aos Direitos Humanos aos portadores.

O estado brasileiro, após denunciado à Corte, como reflexo da submissão e tramitação do Caso no Sistema Interamericano, através do Caso Damião Ximenes Lopes passou a implantar, de modo verticalizado, as

políticas em saúde mental, em virtude do destaque obtido no âmbito internacional (DEL'OLMO; CERVI, 2017, p. 216) sendo verdadeiro marco para a reforma psiquiátrica. Isso em período anterior à condenação perante o Sistema. A mesma perspectiva é corroborada por Pedro Gabriel Godinho Delgado (2011, p. 119) ao afirmar que

Tal situação era aparentemente um paradoxo: o país que se esforçava para construir uma política de saúde mental ancorada na defesa dos direitos humanos foi justamente aquele levado ao tribunal internacional sobre esse tema, no primeiro caso de afronta aos direitos humanos no campo da saúde mental.

É neste sentido também a manifestação da Advocacia-Geral da União, nos autos do processo internacional tramitado perante a Corte IDH (2005, p. 43)

Alertado pela situação crítica apontada pelo Parlamento e entidades da sociedade, o Governo Federal reestrutura, então, a área de saúde mental do Ministério da Saúde e, a partir de 2000, amplia seus quadros funcionais e fomenta novas medidas e empreendimentos. Assim, em 2001, Ano Internacional da Saúde Mental, foi aprovada a Lei nº 10.216, conhecida como “Lei de Reforma Psiquiátrica” [...] que trata-se de uma antiga aspiração do movimento antimanicomial e uma recorrente proposta das conferências nacionais de saúde mental. Seu texto reflete o consenso possível sobre uma lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil.

Mesmo antes do deslinde do processo internacional, já foi possível perceber avanços importantes que refletem como o caso teve uma repercussão interna positiva. Vale destacar que a Clínica de Repouso Guararapes, foi descredenciada como instituição psiquiátrica do SUS em julho de 2000, tendo sido desativada no ano seguinte. A mãe de Damião recebe uma pensão vitalícia e a cidade de Sobral, Ceará é considerada referência nacional na política de saúde mental, tendo sido construído um CAPS nominado Damião Ximenes Lopes como mecanismo de reparação simbólica (ROSATO; CORREIA, 2011, p. 103).

Na sentença do processo tramitado perante o Sistema Interamericano, o país, através de depoimento do próprio Pedro Gabriel Godinho Delgado que era o Coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, à época, define, que

Desde a morte do senhor Damião Ximenes, houve no Estado uma redução de 19.000 leitos psiquiátricos em instituições semelhantes a Casa de Repouso Guararapes. Além disso, entre os anos de 1999 a 2005, foram criados de quinhentos a seiscentos serviços extra hospitalares, capazes de atender a situações graves de saúde mental, sem a necessidade de hospitalizar o paciente. Foram também criados outros tipos de serviço, como as residências terapêuticas capazes de receber pacientes menos graves. Foi um período em que o país inteiro enfrentou um debate significativo sobre as condições de vida dos pacientes do sistema psiquiátrico

Em 2001, aprovou-se a Lei nº 10.216, cuja base é a defesa dos direitos do paciente mental, a mudança do modelo de assistência em instituições como a Casa de Repouso Guararapes por uma rede de cuidados aberta e localizada na comunidade e o controle externo da internação psiquiátrica involuntária (CORTE IDH, 2006, p. 16).

O reconhecimento da responsabilidade internacional pelo estado e a verticalização da implantação de medidas unilaterais em vista da urgência da materialização de uma reforma ao tratamento consistiam não só em política de interesse público mas também em argumento crível para a demonstração de que na interseção entre a sociedade e a política, nas tensões exercidas por essas em uma dinâmica de forças, podem resultar em ações efetivas por parte do ente estatal (AMARANTE; DIAZ, 2012, p. 84 – 87). No caso, restaram argumentos de defesa para o processo tramitado no Sistema Internacional.

No que atine ao panorama da reforma psiquiátrica, o Caso Damião Ximenes Lopes contribuiu para acelerar o processo de aprovação desta, no sentido de dar respostas à demanda internacional apresentada perante o Sistema Interamericano (ROSATO; CORREIA, 2011, p. 105 – 106). A aceleração mencionada, de sua lenta tramitação (12 anos), visava não só a

construção de uma política pública, mas também, um álibi para o processo internacional.

No relativo à conjuntura da tramitação do projeto de Reforma Psiquiátrica, certos eventos com impacto social fazem emergir novas modalidades de “ação política não previstas antes dessa situação acontecer (...) abrindo espaço para a eclosão de uma variedade de atores e instâncias políticas: eis os eventos críticos” (SILVA, 2008, p. 13).

A negociação entre as pautas provenientes dos anseios da sociedade civil instrumentalizados através de movimentos sociais, constroem aquilo que é de interesse coletivo e o insuflam ante aqueles que podem ser decisivos para a sua efetivação (AMARANTE; DIAZ; 2012, p. 84 – 85).

Assim, a exposição do Estado, pelo sofrimento causado às vítimas de maus tratos nas instituições psiquiátricas também pôde ser tomado como “comentário moral e desta forma apontar para a formação de atores e instâncias políticas” (SILVA, 2008, p. 13). E, segue o mesmo autor, ao afirmar sobre a postura do Estado, após a exposição causada pelo Caso Damião Ximenes Lopes

Sob o pano de fundo, mencionado pela própria [irmã de Damião] da militância do MNLA, sua denúncia foi capaz de provocar uma mudança na postura do Estado Brasileiro frente à questão dos hospícios, já em curso, mas acentuada após esse evento crítico (2008, p. 13- 14).

Assim sendo, diante da urgência pela aprovação, da rearticulação do MNLA causada por óbvias razões, mas também pela repercussão produzida pelo Caso Damião Ximenes Lopes, em 27 de março de 2001, o plenário da Câmara dos Deputados aprovou por unanimidade o Projeto de Lei nº 3.657 de 1989, nos termos do substitutivo geral, que dispunha “sobre a extinção progressiva dos manicômios brasileiros e sua substituição por outros recursos assistenciais”.

O Deputado Paulo Delgado (PT – MG) declarou na sessão legislativa em que se aprovou o projeto que, com a aprovação do referido projeto “os doentes mentais internados poderão libertar-se da “zona da sombra”, em

que vivem nos manicômios, já que passarão a contar com uma lei nacional que os protegerá como cidadãos”. E prosseguiu, afirmando que o modelo de internação até então praticado “nasceu de dois preconceitos blindados que contaminaram a família e a sociedade: as ideias da periculosidade e da incapacidade civil permanente dos doentes mentais, que serviram para alimantar os lucros da indústria da loucura” (COSTA, 2003, p. 164 – 165).

Na mesma sessão, se manifestaram em defesa do MNLA e pela aprovação do projeto nos termos do substitutivo geral, além do Deputado Paulo Delgado, os deputados Marcos Rolim (PT – RS), Doutor Rosinha (PT – PR) e Jandira Feghali (PC do B – RJ). O projeto seguiu para a sanção em 04 de abril do ano de 2001, sendo efetivamente sancionada em tempo recorde, na data de 06 de abril daquele ano, sendo designada a partir desta data como Lei Federal nº 10.216/2001.

À guisa de conclusão referente a aprovação do projeto e as relações de força envolvidas no seu avançado processo de tramitação, pode-se concluir que ele “sofreu cerrado bombardeio de todas as correntes ideologicamente conservadoras”. Tais correntes estariam “associadas ao poder econômico dos proprietários dos hospícios brasileiros, aglutinados sob a bandeira da Federação Brasileira de Hospitais” e buscaram transformar o “caráter de inclusão, contemporaneidade e humanização” do projeto em tramitação, para a manutenção do modelo hospitalocêntrico (COSTA, 2003, p. 165).

Para Augusto César Farias Costa (2003, p. 165), uma entidade nacional que se imbuíu na soma de forças em prol da aprovação da reforma pelo espectro antimanicomial foi o Conselho Federal de Psicologia através de sua diretoria. Já no ambiente governamental e direcionado à aprovação da reforma, de acordo com o mesmo autor, também figuraram diversas instituições denotando a internalização da tendência pela reforma no ceio do governo, tanto como política pública reformadora do padrão de atenção à saúde mental mas, servindo também, de modo complementar, como argumento para a construção de uma linha de defesa para o processo

internacional em que o país figurou como autor contra a vítima Damião Ximenes Lopes. Sobre o tema defende

Não podemos deixar de referir a atuação da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde que, de forma determinada ao longo deste percurso, veio elaborando Portarias regulamentadoras dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), com normas técnicas, avaliação e controle voltadas para a gestão estadual e municipal, além de realizar encaminhamentos políticos que possibilitaram, entre outras coisas, a criação da Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica seguida pela Comissão Nacional de Saúde Mental no âmbito do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde (COSTA, 2003, p. 165).

### **5.7 – A efetivação da Reforma Psiquiátrica**

O avanço representado pela assunção da Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001 é inegável. Para aquela conjuntura, a comunidade representada pelo MNLAurgia transpor, finalmente a legislação getulista com a estruturação do regime militar, na prestação de saúde psiquiátrica. Dessa forma, com uma tramitação acelerada, na segunda passagem do projeto pela Câmara dos Deputados, pelas demandas que provieram da articulação do movimento e do reestabelecimento e da reorganização das forças envolvidas no processo de aprovação da Lei, principalmente após a divulgação do Caso envolvendo Damião Ximenes Lopes. Basta notar que nesta segunda passagem pela Câmara Federal, o projeto de lei, embora submetido aos mesmos agentes ideológicos e técnico-financeiros, tramitou de modo mais célere (pouco mais de dois anos) que a primeira passagem e mesmo a registrada perante o Senado Federal.

O texto final da Lei, sofreu, na opinião de Pedro Gabriel Godinho Delgado, ao longo da tramitação, mais aperfeiçoamentos do que danos ao longo da negociação no Congresso. Para ele, a Lei da Reforma Psiquiátrica atual, dedica-se, já desde o primeiro artigo à afirmação positiva dos direitos dos pacientes, contrapondo-se diametralmente ao viés predicado por seu antecessor normativo, o Decreto-Lei 24.559/1934, que propugnava

que a “proteção” dos psicopatas, tinha seu alicerce na defesa social, e convalidava o estatuto de incapacidade civil genérico de todos os pacientes (DELGADO, 2011, p. 117).

A Lei da Reforma Psiquiátrica “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Em seu artigo 1º prevê condições de igualdade ao estatuir que os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, 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 forma de segregação (BRASIL, 2001).

O artigo 2º dispõe que nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos, que são taxativamente enumerados, no parágrafo único, formando a seguinte disposição

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

O artigo 3º estabelece que é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Como visto, apesar de ser responsabilidade do Estado, a política de saúde mental segue as diretrizes do SUS e, portanto, a responsabilidade por sua implementação é tripartite (entre o Estado, a sociedade e a família).

Ressalvada a hipótese de que quando o Estado transfere à terceiros a prestação de serviços, por imprescindibilidade, sendo vedadas as instituições de caráter asilar, cabe à este a fiscalização do tratamento dispensado (MACEDO, 2016, p. 150).

A Lei também prevê três formas de internação, desde que, os recursos extra-hospitalares se mostrem insuficientes para o tratamento clínico do paciente. São elas, a internação voluntária que se dá com o consentimento do usuários, a involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário mas a pedido de terceiro, e; a compulsória, quando determinada pela justiça.

Tal tratamento, quando necessária a internação, deverá ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros. A excepcionalidade das medidas de internação visam tornar coadjuvante a finalidade de reinserção social do paciente em seu meio, constante da própria Lei e que fundamenta a Reforma.

Além disso, a Política Nacional de Saúde Mental prevê a estruturação de uma rede de serviços extra hospitalares, que devem ser distribuídos territorialmente nos CAPS, definidos como serviços ambulatoriais de atenção diária, regulamentados pela Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002,

sendo organizados por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, podendo ser denominados como “CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os CAPS já, por si, representaram uma reformulação considerável em relação ao tratamento dispensado pelo Estado. Todavia, eles não constituem os únicos serviços alcançados pela rede instituída após a Reforma. Constituem parte destes serviços, por exemplo, os hospitais-dia que são espaços destinados aos pacientes psiquiátricos que estão sendo reintegrados ao convívio social. Neles, o paciente frequenta a unidade hospitalar diariamente durante o período diurno, e passa o restante do dia com sua família e comunidade correspondente. As residências terapêuticas, que funcionam como alternativa de moradia para as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos há anos, por não contarem com suporte adequado na comunidade.

Além destes, fazem parte o programa de suporte “Volta pra Casa” e os “Centros de Convivência e Cultura” e no viés clínico, os leitos integrais dos hospitais gerais e hospitais psiquiátricos, bem como, os ambulatórios e clínicas ampliadas (MACEDO, 2016, p. 150).

Deste modo, o presente capítulo prestou-se a traçar um panorama histórico da assistência psiquiátrica vigente no Brasil desde o império até o período imediatamente posterior à efetivação da Reforma Psiquiátrica consubstanciada pela Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001. Notamos que o sistema vigente até a aprovação da Lei deu azo ao desenvolvimento de um sistema privatista e crônico que se utilizava da institucionalização e da medicalização como instrumento da manutenção de um tratamento ineficaz e opressor que tolhia os doentes de suas prerrogativas cidadãs, em absoluto.

O panorama foi corroborado com a instauração do regime militar, que ampliou o sistema existente e criou um cenário que ficou conhecido como sendo uma “indústria da loucura”. Tal panorama passou a enfrentar oposição, a partir de quando o regime desatou um processo de distensão, com viés condutor ao regime democrático. Neste ambiente, onde os cidadãos puderam voltar a expressar publicamente sua visão sobre os fatos,

surgiu o movimento sanitário e dentro deste, uma ala predicante da construção de uma sociedade sem manicômios, reivindicou a reforma psiquiátrica.

A reforma consubstanciou-se no Projeto de Lei proposto pelo Deputado Paulo Delgado em 1989, como expressão de inúmeros fóruns de discussão favoráveis à reformulação propostos pelo Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial. No entanto, a tramitação do projeto opôs importantes agentes sociais que não só os pró-reforma. Dentre tais, opuseram-se, os donos de instituições hospitalares, que técnica ou financeiramente obstavam a rápida tramitação do projeto que levou mais de uma década submetido às pressões inerentes ao processo legislativo de um regime democrático, tendo sofrido reveses e descaracterizações diversas.

Após dez anos de tramitação, mesmo frente à urgência que o tema possuía, foi somente após ocorrência de uma falta grave por parte dos prestadores de serviços, credenciados pelo Estado, em que se demonstrou um completo descaso estatal em relação ao cuidado com o interno-paciente com distúrbios psiquiátricos, em que a família verificou a violação completa dos mais básicos padrões de tratamento digno, que culminaram com a morte de Damião Ximenes Lopes. Após a busca pela prestação jurisdicional no Estado, que se demonstrou absolutamente falha, a família encontrou guarida no Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos.

Na ocasião, a exposição interna e internacional do caso de violação de direitos humanos ocorrido no Brasil com base em violação ao Direito à Saúde por total ineficácia do Estado na criação de políticas públicas e mesmo pela inexistência de uma lei que regulasse o tratamento psiquiátrico, conforme os standards internacionais, fez com que o Estado demonstrasse anseio de aceleração da aprovação da Lei, e mesmo os movimentos sociais envolvidos com o processo, voltaram a pugnar por sua aprovação.

É a partir da morte de Ximenes Lopes, em decorrência de maus-tratos na casa de Repouso Guararapes, que cria-se uma rede de atores com a participação de

políticos, movimentos sociais, ativistas de direitos humanos; bem como agentes administrativos e políticos dos poderes executivo, legislativo e judiciário em torno do cabal desenvolvimento de uma política de saúde mental no Brasil (MACEDO, 2016, p. 148).

A partir de então, em comunhão de atores e tendências provenientes de diversos fatos ocorridos e compromissos internacionais assumidos pelo estado, sem esquecer da pressão da Sociedade Civil e dos próprios órgãos do Estado, ocorreu a reorganização da correlação de forças existente, capaz de conduzir a Lei Federal nº 10.216 à aprovação, e, posteriormente, à sanção.

## Considerações finais

Se eu posso pensar que Deus sou eu,  
Sim, sou muito louco, não vou me curar.  
Já não sou o único que encontrou a paz.  
Mas louco é quem me diz,  
E não é feliz, eu sou feliz.

**Fragmento de “Balada do Louco” – Os Mutantes**

A análise dos processos históricos de um país nunca poderá ser concluída. Não só pelo fato de que ninguém conhece os desdobramentos e fatos dos processos que estão em curso, e menos ainda, daqueles que ainda estão por acontecer. As análises do passado, por sagradas ou espetaculares, sempre estarão sujeitas à possibilidade de revisão e ou reinterpretação.

A República Federativa do Brasil experimentou ao longo de sua história diversos ciclos políticos e graus de desenvolvimento. Alguns progressistas, outros conservadores e outros de crises. A construção paulatina da instituição estatal e sua afirmação como tal, perante a população, se deu ao longo do tempo. A população brasileira, plural e multifacética, possuidora de uma quantidade imensa de demandas sociais, em poucos espaços políticos teve sua voz ouvida. Dentro de uma estruturação conjunta e organizada, sua voz pode ser ouvida pelo Estado e, em algumas vezes, pode tornar seu rogo, realidade.

A demanda pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, por exemplo, gerou um período de intensa luta de movimentos sociais perante as instituições constituídas. Somente quando eventos de grande magnitude ocorreram, como rupturas governamentais ou fatos exógenos, jurídicos, políticos ou sociais, é que as dinâmicas avançaram verdadeiramente. Este

foi o caso da Reforma Sanitária, tendo em vista, ter sido necessária a re-democratização do país, para que as condições de uma nova ordem jurídica pudesse abranger as demandas do movimento idealizador do Sistema Único de Saúde.

No caso da Reforma Psiquiátrica, embora as demandas estivessem inseridas no movimento pela Reforma Sanitária, a verdadeira reformulação psiquiátrica não foi diretamente encampada pelas instituições governamentais pós-redemocratização. Este fato gerou a necessidade de se criar um movimento social que potencializasse as demandas e desse legitimidade ao anseio reformador. O Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial serviu como anteparo centralizador dos esforços pela reforma. Após anos de engajamento intelectual e social, foi necessária a intervenção legislativa, através da proposição de um projeto de lei que enfrentasse a conjuntura privatista altamente lucrativa para o Estado e seus contratados.

Entretanto, o projeto de lei, exposto a todo tipo de lobbies pró e contra a efetivação da reforma, tramitou, por mais de uma década, entre as duas casas do legislativo federal, sem qualquer indicativo de que estaria próximo ao deslinde.

As condições de tratamento eram, historicamente, péssimas e, ceifavam da população portadora de moléstias desta natureza, a prerrogativa cidadã e o gozo de seus direitos civis.

Embora o Estado tenha demonstrado, desde o final da década de 80, um pontual interesse, de caráter experimental, através da implantação de alternativas ao tratamento manicomial, fica evidenciado o descaso com o estabelecimento mínimo de um padrão terapêutico em matéria de saúde mental que fosse capaz de tratar o paciente, a partir de uma perspectiva mais inclusiva e não segregacionista.

A falta de regulamentação legal, associada à lógica privatista a que o tratamento de saúde mental foi erigido e fortalecido ao longo do tempo, gerou inúmeros casos de violações de direitos humanos por todo o Brasil. O “Caso da Casa dos Horrores”, no município de Santos; ou o Caso do “Hospital-colônia de Barbacena” onde mais de 60 mil pacientes perderam

a vida ao longo do funcionamento da instituição, em um episódio popularmente conhecido como sendo o Holocausto Brasileiro, são exemplos disso.

Damião Ximenes Lopes, portador de transtornos psiquiátricos, morto por espancamento, com mãos e pés amarrados, no interior da Casa de Repouso Guararapes comporia parte de uma estatística furibunda, de pouca visibilidade, dada a sua aparente insignificância e a localização erma, em que fora gerada.

O proprietário da instituição, era ligado à oligarquia política regional; o médico psiquiatra-chefe da Casa de Repouso era o mesmo legista do Instituto Médico Legal da localidade; os “enfermeiros” da instituição, em sua maioria não eram enfermeiros graduados; a polícia dispunha de poucos recursos para a investigação do fato; a justiça doméstica, exageradamente lenta e, neste caso, tendente a tornar-se refém da difusividade da responsabilização, na medida em que, seria basicamente impossível definir a conduta penal de cada um dos agentes envolvidos no resultado morte, equivale a afirmar que o Caso estaria condenado à infinita dilação de prazo para a investigação ou à prescrição.

A indignação da família, ao deparar-se com tal panorama violatório e com a inação estatal, levou o caso ao conhecimento do Sistema Interamericano de Direitos Humanos. O Sistema, formado por duas instituições, quais sejam, a Comissão Interamericana e a Corte Interamericana, aquela, de natureza investigatória e analítica dos casos de violação submetidos e, esta, como órgão jurisdicional sancionador, servem como sentinelas do monitoramento e da proteção internacional em matéria de Direitos Humanos no continente americano. Tais instituições criadas no âmbito da Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969 a que diversos países de nosso continente se submeteram, dentre os quais, o Brasil, que a ratificou em 1992.

A Comissão analisou os fatos e, de plano, admitiu a petição dos familiares junto ao Sistema. Tal fato foi amplamente divulgado pela mídia. O Estado Brasileiro, paralisado, não ofereceu qualquer resposta aos fatos perante àquele órgão, assumindo a culpa pela violação e gerando o envio do

Caso à Corte Interamericana para o devido processamento. Durante o trâmite na Corte, foram produzidas várias peças processuais de defesa e acusação, provas documentais, periciais e testemunhais, realizadas e discutidas em uma audiência pública. Ao final do processo, o estado brasileiro foi responsabilizado internacionalmente pela morte de Damião, sendo obrigado a reparar o dano causado à família e, dentre vários requisitos, garantir a não-repetição e promover de modo intermitente a capacitação dos agentes que trabalhem com saúde mental.

A violação da Convenção Americana de Direitos Humanos pelo Brasil por decorrência da morte de Damião Ximenes Lopes fez com que os órgãos, criados pelo mesmo instrumento internacional, fossem utilizados para a fiscalização e sancionamento do Estado. Deste modo, pela primeira vez, o estado brasileiro se viu processado e condenado por tribunal internacional de Direitos Humanos.

No entanto, a tramitação inicial do Caso Damião Ximenes Lopes perante o Sistema IDH, foi concomitante ao retorno do Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica à Câmara dos Deputados. O impacto causado pela tramitação internacional associado à exposição vexatória a que o Estado se viu inserido, funcionou como fato reorganizador das forças interessadas pela aprovação ou pela tramitação procrastinatória do projeto. Especificamente, a tramitação do Caso expôs a situação calamitosa da Política Nacional de Saúde Mental, gerando a rearticulação e oxigenando os movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica.

Deste modo, a presente obra objetivou verificar a existência de uma relação de influência entre o Caso Damião Ximenes Lopes no processo legislativo de tramitação do Projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileira, descreveu o fato – morte, do paciente Damião Ximenes Lopes na Casa de Repouso Guararapes, no município de Sobral, Ceará. Desvelando o panorama verdadeiramente horripilante de maus tratos a que, não só Damião, mas milhares de outros pacientes estavam sendo submetidos. Diante deste quadro e da morosidade estatal na investigação dos fatos que envolveram

a morte de Damião, a família buscou guarida na prestação jurisdicional do Sistema IDH contra o estado brasileiro.

Uma vez que os fatos foram relatados pela família a tais órgãos de caráter internacional, verificamos a gênese da internacionalização dos Direitos Humanos após a Segunda-Guerra Mundial e o fenômeno da instituição de órgãos de fiscalização e sancionamento judicial de estados pela violação de pressupostos mínimos de proteção aos direitos humanos. Culminando-se com especial análise referente ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos.

Após a exposição destes pressupostos, foi analisada a tramitação do Caso Damião Ximenes Lopes perante o Sistema IDH e através da verificação das manifestações estatais, os argumentos utilizados para justificar a violação e as garantias tomadas para a não repetição, dentre as quais foram citadas inclusive as demandas sociais e mesmo a reforma psiquiátrica enquanto tal.

Tendo por norte a demonstração da influência do Caso Damião Ximenes Lopes na Reforma Psiquiátrica, foi necessário investigar o cenário social antecessor que possibilitou a existência desta. Assim, mostrou-se necessária a análise de todo o setor da saúde pública, a partir das políticas públicas e instituições de caráter nacional construídas pelo Estado desde a década de 60 até após a institucionalização do Sistema Único de Saúde, na década de 90. Neste período, a política privatista da prestação da saúde pública, de âmbito nacional, não guardava qualquer relação de efetividade com os números da realidade social do país, servindo como uma verdadeira indústria de exploração e segregação social.

A partir deste horizonte, eclode o movimento pela Reforma Sanitária, abrangendo uma série de especialistas, funcionários da área, inclusive da psiquiatria, intelectuais e cidadãos, utilizando-se do momento da redemocratização do país, com o fim da Ditadura Militar, para inscrever no bojo da Constituição Federal Brasileira de 1988 a universalização das prestações de saúde pública, sob o viés gratuito, descentralizado e democrático. Sem prevalência ao privatismo.

Desta dinâmica de forças, exsurgem as demandas pelo movimento pela Reforma Psiquiátrica. Não só utilizando-se do momento político favorável à reformulação de instituições e de legislação, mas tendo em conta também o retrospecto de outorga pública em prol de instituições privadas por muitas décadas, fato que gerou inúmeras denúncias da situação calamitosa em que encontrava-se o tratamento psiquiátrico no país.

Assim sendo, diante das premissas apontadas e como conclusões obtidas a partir das inferências construídas ao longo do percurso metodológico, os resultados deste estudo permitem apontar que houve influência do caso *Damião Ximenes Lopes versus Brasil* tramitado perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos em relação ao processo legislativo de tramitação e aprovação da Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

No entanto, tal influência foi indireta na medida em que não se encontrou evidências tais, que caracterizassem a ingerência estatal de modo direto, solicitando a aprovação da matéria, e sim, através dos movimentos sociais que lutavam pela aprovação da reforma, que utilizaram da vexação experimentada pelo estado no plano internacional, para expor as mazelas em que a política nacional de saúde mental relegava seus pacientes.

Neste particular, mesmo os Deputados nas sessões legislativas que aprovaram o projeto ou mesmo nas que deliberaram sobre eventuais emendas a ele, não mencionaram oficialmente a ocorrência do Caso, sendo um fator exógeno utilizado como justificativa ideológica, encampada pelos movimentos sociais, ante a conjuntura precária e desumana da política nacional de saúde mental, para a sua aprovação.

No entanto, embora a influência não tenha sido verificada na modalidade direta, o interesse público do Estado em relação à sua aprovação ficou plenamente demonstrado. Em vários momentos a influência da aprovação da Reforma é ressaltada pelos agentes estatais, inclusive em sua defesa no Caso *Damião Ximenes Lopes* como *álibi* e como argumento, supostamente, libertador do seu ônus perante os Tratados e Convenções Internacionais.

Os constructos referentes tanto a descrição do Caso Damião Ximenes Lopes como em relação ao panorama da política de saúde mental serviram para evidenciar, que a relação de forças existente, no plano da luta legislativa pela aprovação da reforma, foi claramente alterado, em virtude da tramitação do processo internacional, que gerou a criação de uma rede de atores, tanto nos movimentos sociais pró reforma, como também por políticos, intelectuais, agentes públicos, e ativistas de direitos humanos, engajados na efetiva aprovação de uma política nacional em saúde mental nos moldes predicados pelos modelos internacionais.

Somos sabedores que a demanda social pela aprovação da Reforma não se deve exclusivamente à influência aqui evidenciada, todavia, neste particular processo, após a influência do Caso, a comunhão de atores e tendências, principalmente dos compromissos internacionais assumidos pelo estado, geraram o pressionamento legislativo necessário para a célere tramitação e para a aprovação da Lei Federal nº 10. 216 de 06 de abril de 2001.

A relação de influência estabelecida entre o Caso e o processo legislativo de aprovação da Reforma Psiquiátrica evidenciam a consolidação de um sistema institucional de proteção regional aos Direitos Humanos que se caracteriza, sobretudo, pelo alto grau de eficácia de seus relatórios e sentenças; e, por representar a instrumentalização de um novo ambiente que se presta ao alargamento da cidadania dos indivíduos, em prol da defesa da dignidade e da liberdade humana, quer seja individual ou coletiva, como por exemplo ao encampar as aspirações da sociedade civil, que possibilitaram a Reforma, prestando-se como mecanismo paralelo aos meios fundados na coerção estatal, legitimando e dando visibilidade para iniciativas antes controladas por lobbies políticos e institucionais.

Trata-se da materialização e da instrumentalização de um processo de reconhecimento dos cidadãos brasileiros como sujeitos de direito internacional, que contribui sobremaneira à consolidação do Sistema iniciado com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão.

## Referências

AGU – ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO. **Alegações Preliminares ante a Corte Interamericana de Direitos Humanos**, 2005. (Material Scanneado).

\_\_\_\_\_. **Alegações Finais ante a Corte Interamericana de Direitos Humanos**, 2006. (Material Scanneado).

AGUIAR, Marcus Pinto; AGUIAR, Giselle Dantas Lima Aguiar. Desafios para a Concretização dos Direitos do Portador de Deficiência Mental no Brasil: Caso Ximenes Lopes e a Participação Social nas Políticas Públicas de Saúde Mental. In DOMINGOS, Terezi-nha de Oliveira; MIELKE Jaqueline; FERRI, Caroline. **Direitos Sociais e políticas públicas**. CONPEDI – UFSC. Florianópolis: CONPEDI, 2014. Disponível em <<http://publicadireito.com.br/publicacao/ufsc/ficha/84.pdf>>.

ACCIOLY, Hildebrando; NASCIMENTO E SILVA, Geraldo Eulálio; CASELLA, Paulo Borba. **Manual de Direito Internacional Público**. 20ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

AMARAL JÚNIOR, Alberto do. **Curso de Direito Internacional Público**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.

AMARANTE, Paulo; DIAZ, Fernando Sobhie. **Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica**. In. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. v.4, n.8, jan-jun, 2012.

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

BLOG DO GUSMÃO. Jorge Vianna, dono do hospital de Ilhéus será candidato ao Senado. 2018. Disponível em <<http://www.blogdogusmao.com.br/v1/2018/06/12/jorge-vianna-dono-hospital-de-ilheus-sera-candidato-ao-senado/>>.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. 10ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

\_\_\_\_\_. **O Positivismo Jurídico: Lições de Filosofia do Direito**. São Paulo: Ícone, 2006.

BORGES, Nadine. **Damião Ximenes: Primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Revan. 2009.

BOSON, Gerson de Brito Mello. **Internacionalização dos Direitos do Homem**. São Paulo: Ed. Sugestões Literárias, 1972.

BRASIL, República Federativa do. **Decreto-Lei nº 24.559 de 03 de julho de 1934**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D24559.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559.htm)>.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Diário do Congresso Nacional. 29 de setembro de 1989**. Seção 1. Disponível em <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/D29SET1989.pdf#page=31>>.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Diário do Congresso Nacional. 30 de Junho de 1990**. Seção 1. Disponível em <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/D230JUN1990.pdf#page=78>>.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Biografias. Deputado Jorge Vianna**. 2018a Disponível em <[http://www2.camara.leg.br/deputados/pesquisa/layouts\\_deputados\\_biografia?pk=103221&tipo=0](http://www2.camara.leg.br/deputados/pesquisa/layouts_deputados_biografia?pk=103221&tipo=0)>.

\_\_\_\_\_. Câmara dos Deputados. **Biografias. Deputado Mozarildo Cavalcanti**. 2018b. Disponível em <[http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao-cidada/constituintes/parlamentares/constituintes/constituicao20anos\\_bioconstituintes?pk=103346](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/constituintes/parlamentares/constituintes/constituicao20anos_bioconstituintes?pk=103346)>.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/civil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)>.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e práticas profissionais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Cortez/Editora UFRJ. 1996.

CADHP – CORTE AFRICANA DE DIREITOS HUMANOS E DOS POVOS. **African Court in Brief**. Disponível em <<http://www.african-court.org/en/index.php/about-us/court-in-brief>>.

\_\_\_\_\_. **Contentious Matters**. Finalised Cases. Disponível em <<http://www.african-court.org/en/index.php/cases/2016-10-17-16-18-21#finalised-cases>>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 2ª Ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1994.

CAPISTRANO FILHO, David. **Da Saúde e das Cidades**. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. 7ª ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2010.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. 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. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Volume 1. Coletânea de Textos; Márcio Iorio Aranha (Org.). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CEDH - CORTE EUROPEIA DE DIREITOS HUMANOS. **Annual Report 2016**. Disponível em <[http://www.echr.coe.int/Documents/Annual\\_report\\_2016\\_ENG.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/Annual_report_2016_ENG.pdf)>.

CEJIL - CENTRO PARA A JUSTIÇA E DIREITO INTERNACIONAL. **Especificação de provas e documentos**. 2005. (Material Scanneado).

\_\_\_\_\_. Solicitação de Argumentos e Provas. 2005. (Material Scanneado).

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Relatório 38/02. Admissibilidade. Petição 12. 237**. Damião Ximenes Lopes. Brasil. 9 de outubro de 2002.

\_\_\_\_\_. **Demanda da Comissão Interamericana de Direitos Humanos perante à Corte Interamericana no Caso: Damião Ximenes Lopes, Caso 12.237 contra a República Federativa do Brasil**. 2004.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil, Sentença de 4 de julho de 2006**. Disponível em <[www.direitoshumanos.usp.br/index.php/component/option,com\\_phocadownload/Itemid,6/download,1/id,1/view,category/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/component/option,com_phocadownload/Itemid,6/download,1/id,1/view,category/+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>.

\_\_\_\_\_. **Opiniones Consultivas**. Disponível em <[http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/busqueda\\_opiniones\\_consultivas.cfm?lang=es](http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/busqueda_opiniones_consultivas.cfm?lang=es)>.

- CROYDON, Silvia Atanassova. Towards a regional human rights mechanism in the Asia Pacific? Exploring the potential of the Asia Pacific Forum *in The Pacific Review*. Vol.27. No.2. 2014.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direito Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *In. Arquivos Brasileiros de Psicologia*. n. 63 (2). Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672011000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012)>.
- DEL'OLMO, Floribal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *In. Revista Sequência*. n.77, nov. Florianópolis. 2017.
- DÍAZ, Álvaro Paúl. La Génesis de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Relevancia Actual de sus Trabajos Preparatorios. *In Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*. XLVII, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.cl/pdf/rdpucv/n47/art12.pdf>>.
- DONNELLY, Jack. **Universal Human Rights in Theory and Practice**. 3ª ed. New York: Cornell Paperbacks, 2013.
- DULITZKY, Ariel. The Inter-American Human Rights System Fifty Years Later: Time for changes. *In Quebec Journal of International Law (Special Edition)*. 2011. Disponível em <[https://www.sqdi.org/wp-content/uploads/HS\\_2011\\_Dulitzky.pdf](https://www.sqdi.org/wp-content/uploads/HS_2011_Dulitzky.pdf)>.
- ENGEL, Magali Gouveia. **Os Delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. Disponível em <<https://static.scielo.org/scielobooks/7htrv/pdf/engel-9788575412534.pdf>>.
- ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>>.
- \_\_\_\_\_. História das políticas de saúde do Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FAGNANI, Eduardo. Análises e Propostas. **Seguridade Social: a experiência brasileira e o debate internacional**. Friedrich Ebert Stiftung. N° 42, Dez – 2011. Disponível em <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/09533.pdf>>.

FAUSTO, Boris. **História Concisa do Brasil**. 5ª Ed. São Paulo: Edusp, 2012.

FERRAZ JÚNIOR, Tercio Sampaio. **Função Social da Dogmática Jurídica**. São Paulo: Ed. Max Limonad, 1998.

FIOCRUZ. **Saúde da Família**. s/d. Disponível em <<https://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>>.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *In Estudos de Sociologia. Revista do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPE*. V.1, n°18, 2012. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>>.

GENTIL, Valentim. Uma Leitura Anotada do Projeto Brasileiro de “Reforma Psiquiátrica”. *In: Revista USP: Psiquiatria e Saúde Mental*, n° 43, set-nov São Paulo, 1999. Disponível em <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/28471/30327/>>.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa: Um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GROSSMAN, Claudio. Reflexiones Sobre el Sistema Interamericano de Protección y Promoción de los Derechos Humanos. *In La Corte y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*. San José de Costa Rica: Nieto Navia editor, 1994. Disponível em <<http://www.derecho.uba.ar/publicaciones/lye/revistas/69-70-71/reflexiones-sobre-el-sistema-interamericano-de-proteccion-y-promocion-de-los-derechos-humanos.pdf>>.

HEYNS, Christof; VILJOEN, Frans. An Overview of International Human Rights Protections in Africa *in South African Journal on Human Rights*. Vol. 15 , n° 3,1999.

KINZO, Maria D'Alva. A Democratização Brasileira: um balanço do processo político desde a transição. In: **São Paulo em Perspectiva**. V.15, n° 4. São Paulo Out - Dez, 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So102-88392001000400002#back9](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-88392001000400002#back9)>.

KOCH, Camila de Oliveira. **Critérios de Judicialização de Casos pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2017.

LLERAS, Alberto. El Pacto de Bogota y la OEA. Informe sobre la IX Conferencia Internacional Americana In **Antología, El Diplomático**. Vol. V. Bogotá: Villegas Editores, 2006. Disponível em <<http://www.jorgeorlandomelo.com/bajar/pactodebogota.pdf>>.

MACEDO, Odesildo Olimpio. **O Direito Internacional na conformação das políticas públicas do Estado: o exemplo do Caso Damião Ximenes Lopes versus Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Dissertação. USP. São Paulo. 2016.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001. Dissertação de Mestrado. 116 p. Disponível em [https://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?id=00007203&lng=pt&script=thes\\_chap](https://portaldesicict.fiocruz.br/transf.php?id=00007203&lng=pt&script=thes_chap).

MELLO, Celso Duvivier de Albuquerque. **Curso de Direito Internacional Público**. 12ª ed. rev. e aum. Tomo I. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

MENDES, Ana Magólia. Escuta e ressignificação do sofrimento: o uso de entrevista e análise categorial nas pesquisas em clínica do trabalho. In: **Anais do Congresso de Psicologia Organizacional e do Trabalho**. 2006. Brasília: Sociedade Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho, 2006. p. 9-22.

MENEZES, Wagner. **Tribunais Internacionais: jurisdição e competência**. São Paulo: Saraiva, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>>.

\_\_\_\_\_. **Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Disponível em <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_224.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, 1993. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo9\\_02.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo9_02.pdf)>.

\_\_\_\_\_. **Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prto336_19_02_2002.html)>.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>.

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS?** 2018. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>.

MIRANDA, João Irineu de Resende Miranda. **O Tribunal Penal Internacional frente ao Princípio da Soberania**. Londrina: Eduel, 2011.

OEA – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Carta da Organização dos Estados Americanos**. Disponível em <[http://www.oas.org/dil/port/tratados\\_A-41\\_Carta\\_da\\_Organiza%C3%A7%C3%A3o\\_dos\\_Estados\\_Americanos.htm](http://www.oas.org/dil/port/tratados_A-41_Carta_da_Organiza%C3%A7%C3%A3o_dos_Estados_Americanos.htm)>.

\_\_\_\_\_. **PROTOCOLO DE REFORMAS A LA CARTA DE LA ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS (B-31) "PROTOCOLO DE BUENOS AIRES"**. Disponível em <[https://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_B-31\\_Protocolo\\_de\\_Buenos\\_Aires.htm](https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-31_Protocolo_de_Buenos_Aires.htm)>.

OHCHR – Office of the High Commissioner for Human Rights. **About Council**. Disponível em <<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/AboutCouncil.aspx>>.

\_\_\_\_\_. **Human Right Bodies**. Disponível em <<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Pages/UPRmain.aspx>>.

\_\_\_\_\_. **High Commissioner**. Disponível em <<http://www.ohchr.org/EN/AboutUs/Pages/HighCommissioner.aspx>>.

OLIVEIRA, Jaime Antonio de Araújo; TEIXEIRA, Sônia Fleury. **(Im)previdência social: 60 anos da história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro/Petrópolis: Vozes/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. *In: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 4, n° 9, jul-dez. Florianópolis, 2012. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/2125/2918>>.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Carta das Nações Unidas**. Disponível em <<http://www.un.org/es/charter-united-nations/index.html>>.

\_\_\_\_\_. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Disponível em <<http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>>.

ONUMA, Ysuaki. **Direito Internacional em Perspectiva Transcivilizacional: questionamento da estrutura cognitiva predominante no emergente mundo multipolar e multicivilizacional do século XXI**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *In: Cadernos de Saúde Pública*. V.2, n°2. Rio de Janeiro. Abr – Jun, 1986. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1986000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1986000200005)>.

\_\_\_\_\_. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. *In: Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. Sônia Fleury (Org.) São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIVA, Carlos Henrique de Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. V. 21, n°1, jan-mar., 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>.

PEREIRA, João Alves; JONES, Kimberly Marie. Contribuições do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde. *In: Revista Norte Mineira de Enfermagem*. V.5, n°2 (2016). Montes Claros. Disponível em <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/116>>.

PASSOS, Izabel Christina Friche. **Loucura e Sociedade: Discursos, Práticas e significações sociais**. Belo Horizonte: Argumentvm Editora. 2009.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 10<sup>a</sup> ed. rev. E atual. São Paulo: Saraiva, 2009.

\_\_\_\_\_. **Direitos Humanos e Justiça Internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano.** 6<sup>a</sup> Ed. Rev., Ampl., e atual. São Paulo: Saraiva, 2015.

PUGIN, Simone Rossi; NASCIMENTO, Vania Barbosa do. **Principais Marcos das Mudanças Institucionais no Setor Saúde (1974 - 1996).** Amélia Cohn (Orient.) Série Didática, n<sup>o</sup> 1, dezembro de 1996. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. Disponível em <[http://www.cedec.org.br/files\\_pdf/DIDATI1.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI1.pdf)>.

RAMOS, André de Carvalho. **Teoria Geral dos Direitos Humanos na Ordem Internacional.** 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva 2012.

\_\_\_\_\_. **Processo Internacional de Direitos Humanos.** 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

\_\_\_\_\_. **Curso de Direitos Humanos.** 3<sup>a</sup> ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2016.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.** Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

RODRÍGUEZ-PINZÓN, Diego. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos. In: CORAO, Carlos Ayala; MARTÍN, Claudia; RODRÍGUEZ-PINZÓN, Diego. **Manual Sobre Derecho Internacional de los Derechos Humanos: Teoría y Práctica.** Caracas: Ed. Universidad Católica Andrés Bello, 2011.

ROSATO, Cássia Maria; CORREIA, Ludmila Cerqueira. Caso Damião Ximenes Lopes: mudanças e desafios após a primeira condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. In. **SUR**, v.8, n.15, dez. São Paulo. 2008.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo; Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In BEZERRA JUNIOR, Benilton; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudos da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 2010.

SESTELO, José Antônio. Por um SUS integral sem muros e sem dissimulação. CEBES. 2014. Disponível em <<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/6174>>.

SILVA, Martinho Braga Batista e. O “Caso Damião Ximenes Lopes”: a constituição de agentes e agências estatais através da vocalização pública do sofrimento. **Anais da 26ª Reunião Brasileira de Antropologia**. Porto Seguro. 2008. Disponível em <[http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD\\_Virtual\\_26\\_RBA/grupos\\_de\\_trabalho/trabalhos/GT%2008/martinho%20obraga%20batista%20e%20osilva.pdf](http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/grupos_de_trabalho/trabalhos/GT%2008/martinho%20obraga%20batista%20e%20osilva.pdf)>.

TEIXEIRA, Sônia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. **Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações**. In TEIXEIRA, Sônia Fleury (Org.) Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. 2ª Ed. São Paulo: Cortez Editora, 1995.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**. V. 9 (1), jan-abr. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>.

SHAW, Malcolm N. **Direito Internacional**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

VASCONCELOS, Raphael Carvalho de. **Teoria do Estado e a Unidade do Direito Internacional: domesticando o rinoceronte**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2016.

VERDROSS, Alfred. **Derecho Internacional Publico**. 4ª ed. castellana. Madrid: Aguilar, 1963.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Sistema de Saúde e descentralização. **A política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formação e tensões**. Instituto de Economia. UNICAMP. 1994. (Tese de Doutorado).

WEHBERG, Hans. Pacta Sunt Servanda e Política Internacional. In: **Revista de Ciência Política**. 3 (3), jul/set. 1969. Disponível em <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rcp/article/viewFile/59009/57481>>.

A Editora Fi é especializada na editoração, publicação e divulgação de pesquisa acadêmica/científica das humanidades, sob acesso aberto, produzida em parceria das mais diversas instituições de ensino superior no Brasil. Conheça nosso catálogo e siga as páginas oficiais nas principais redes sociais para acompanhar novos lançamentos e eventos.



**[www.editorafi.org](http://www.editorafi.org)**  
**[contato@editorafi.org](mailto:contato@editorafi.org)**