



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

THATIANA AYRES MARQUES

NISE DA SILVEIRA: APROXIMAÇÕES ENTRE
DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL DOS PACIENTES

BRASÍLIA – DF

2019

THATIANA AYRES MARQUES

**NISE DA SILVEIRA: APROXIMAÇÕES ENTRE
DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL DOS PACIENTES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dra. Aline Albuquerque

BRASÍLIA – DF

2019

AYRES, THATIANA MARQUES. NISE DA SILVEIRA: APROXIMAÇÕES ENTRE DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL DOS PACIENTES. 2019. 120 f. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-Graduação em Bioética) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília-DF.

Aprovada em 21 de fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Aline Albuquerque (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Wanderson Flor do Nascimento (Membro)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Grasielle Silveira Tavares (Membro)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Lízia Fabiola Almeida Silva (Suplente)
Programa de Especialização Cátedra Unesco - UnB

Dedico este estudo à todos os pacientes da saúde mental e aos pacientes que foram vítimas de maus tratos e que vieram a óbito.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, Any e Jorge.

Mãe, obrigada por toda sabedoria, apoio nesta jornada e por me dar forças nos momentos mais difíceis, mesmo que distante. Sem você, nada disso seria possível.

Ao meu querido companheiro Tarcísio, por todo apoio.

Aos meus grandes amigos irmãos Jonas e Li, que me incentivaram e apoiaram para chegar até aqui.

Aos meus familiares e amigos.

À minha orientadora tão querida e especial, Profa. Dra. Aline Albuquerque, pelos ensinamentos teóricos, pela dedicação e apoio em todos os momentos. Sempre solícita e paciente, explicava os conteúdos, me ajudava nas correções, aprendi muito nestes anos com você. Obrigada por ajudar a me encontrar profissionalmente e por ter sido minha orientadora. Muita admiração por você!

Aos professores e aos amigos que fiz no PPG em Bioética, em especial a minha adorável turma.

Às queridas amigas Julie, Kalline, Dalvina, Telma e Isis. Obrigada pela amizade, carinho e solidariedade.

Aos meus amigos terapeutas ocupacionais de Brasília.

À minha psicóloga Juliana, por cuidar da minha saúde mental.

Aos meus queridos pacientes.

Ao jornalista e escritor Bernardo Horta, por me orientar com as obras sobre Nise.

E, por fim, a minha mestra querida Nise, que sempre me inspirou com sua trajetória profissional desde os primeiros contatos que tive com os seus materiais, há 12 anos. Nise me incitou a lutar todos os dias para que os pacientes pudessem receber um tratamento digno, afetuoso, respeitoso e com qualidade. Obrigada por você ter existido, por ter feito a diferença na vida de tantas pessoas vulneráveis em sofrimento. Obrigada por me inspirar nos momentos difíceis, por dar forças a continuar a lutar por essa causa.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”

(Nise da Silveira)

RESUMO

A Bioética e a saúde mental dialogam com os Direitos Humanos sobre temas aplicados às garantias fundamentais que são atribuídas à todas as pessoas do planeta. O presente estudo visa investigar o pensamento e trabalho em saúde mental de Nise da Silveira sob a óptica dos Direitos Humanos dos Pacientes (DHP) a partir da análise fílmica e do conteúdo de seis obras videográficas de Nise, que são: (i) *Será que Nise da Silveira teve seu trabalho reconhecido em vida*; (ii) *Dra. Nise da Silveira*; (iii) *Nise da Silveira, uma vida como obra de arte*; (iv) *Nise da Silveira – Posfácio: Imagens do Inconsciente*; (v) *Nise da Silveira – Do mundo da Caralâmpia à emoção de lidar*; e (iv) 1 filme (documentário) o *Olhar de Nise*. Para tanto, utilizou-se do arcabouço teórico-normativo dos Direitos Humanos dos Pacientes, referencial constituído por princípios e direitos desenvolvido por Albuquerque, Cohen e Ezer. Os resultados dos conteúdos analisados apontaram 1) um assunto novo para a Bioética, que são os Direitos Humanos dos Pacientes no âmbito da saúde mental; 2) favoreceram o conhecimento sobre a história, neste âmbito, o processo social e cultural do passado que influenciaram o comportamento da sociedade e as atitudes discriminatórias e estigmatizantes com relação ao paciente de saúde mental 3) levantaram os atores sociais que promoveram a mudança na saúde mental do país. O estudo proposto pode auxiliar no enfrentamento de velhos paradigmas sobre uma nova perspectiva com a aplicação dos DHP na saúde mental, para que tais atitudes violadoras que ocorreram e que ainda ocorrem com os pacientes nos cuidados em saúde mental sejam eliminadas.

Palavras-chave: Direitos Humanos dos Pacientes; Saúde mental; Nise da Silveira; Vídeos; Bioética.

ABSTRACT

The bioethics and mental health dialogue with Human Rights on themes applied to the fundamental assurance that are attributed to all the people around the world. The present study aims to investigate the thinking and work in mental health of Nise da Silveira from the perspective of Human Rights of Patients from the filmic analysis and content of six videographic works about Nise, which are: (i) *Será que Nise da Silveira teve seu trabalho reconhecido em vida*; (ii) *Dra. Nise da Silveira*; (iii) *Nise da Silveira, uma vida como obra de arte*; (iv) *Nise da Silveira – Posfácio: Imagens do Inconsciente*; (v) *Nise da Silveira – Do mundo da Caralâmpia à emoção de lidar*; and (iv) 1 movie (documentary) o *Olhar de Nise*. Therefore, the theoretical-normative framework of Human Rights of Patients was used, a referential constituted by principles and rights developed by Albuquerque, Cohen and Ezer. The results indicated 1) a new subject for Bioethics, which are the Human Rights of Patients in the field of mental health; 2) favor the knowledge about history in this context, the past social and cultural process that influenced the behavior of society and discriminatory and stigmatizing attitudes towards the patient of mental health 3) brought the social actors who promoted the change in health in the country. The proposed study might assist in coping with old paradigms about a new perspective with the application of the Human Rights of Patients in mental health so that such violating attitudes that have occurred and still occur with patients in mental health care be eliminated.

Keywords: Human Rights of Patients; Patient with mental disorder; Nise da Silveira; Videos; Bioethic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da videográfico	23
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Vídeos e Nuvem de palavras	86
Tabela 2 - Divisão em Categorias do material videográfico selecionado	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DHP	Direitos Humanos dos Pacientes
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
ODP	Observatório de Direitos do Paciente
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
STOR	Setor de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação
SUS	Sistema Único de Saúde
T.O	Terapia Ocupacional
UAs	Unidades de Acolhimento
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 ANÁLISE FÍLMICA	19
1.2 LEVANTAMENTO DO MATERIAL.....	21
1.3 ANÁLISE DO CONTEÚDO	23
2 A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DE NISE DA SILVEIRA E OS AVANÇOS NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	25
2.1 PERCURSO HISTÓRICO DO TRATAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL	26
2.2 O TRATAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO BRASIL	33
2.3 NISE DA SILVEIRA A PRECURSORA DE UM TRATAMENTO CENTRADO NO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL	35
3 DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES EM SAÚDE MENTAL	50
3.1 DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES	50
3.2 MODELO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE	54
3.3 DIREITOS HUMANOS DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL E DEFICIÊNCIA MENTAL	55
3.3.1 Transtorno Mental e Deficiência Mental	56
3.3.2. Conteúdo dos Direitos Humanos dos Pacientes em Saúde Mental	59
3.3.2.1 Direito à Vida.....	59
3.3.2.2 Direito à Saúde.....	62
3.3.2.3 Direito ao Respeito Pela Vida Privada.....	65
3.3.2.4 Direito à Liberdade	68
3.3.2.5 Direito à Informação	69
3.3.2.6 Direito de Não Ser Discriminado.....	70
3.3.2.7 Direito de não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos e degradantes.....	72
3.3.3 Documentos Internacionais Sobre Direitos Humanos em Saúde Mental	76
4 ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE NISE DA SILVEIRA.....	81
4.1 DIREITO DE NÃO SER DISCRIMINADO.....	89
4.2 MODELO CENTRADO NO PACIENTE.....	92
4.3 DIREITO A CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL DE QUALIDADE	95
4.4 DIREITO A NÃO SER SUBMETIDO À TORTURA NEM A PENAS OU TRATAMENTO CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES	97
4.5 O ATIVISMO DE NISE DA SILVEIRA EM PROL DOS DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS	100
4.6 APROXIMAÇÕES ENTRE A PRÁTICA PROFISSIONAL DE NISE DA SILVEIRA E O REFERENCIAL DOS DHP	103
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
REFERÊNCIAS	108

1 INTRODUÇÃO

O cuidado prestado às pessoas em saúde mental passou por mudanças ao longo do tempo. Por extenso período na história da humanidade, as pessoas acometidas por algum problema mental sofreram diversas formas de violações de seus direitos humanos e de violência, exemplificando, eram reiteradamente atiradas aos mares, mantidas em cárceres, mais recentemente, retidas em camisas de forças, submetidas à lobotomia e terapia com choques sem qualquer prevenção de dor e sofrimento.

A aproximação da “loucura” com o discurso biomédico deu-se no final do século XVII, é a partir dessa época que a percepção e o tratamento a essas pessoas passam a ser fundamentada na intervenção alicerçada na lógica hospitalocêntrica e no saber biomédico (1). Dessa forma, os hospitais passaram a serem depósitos humanos na medida em que mantinham as pessoas com transtorno mentais, socialmente rejeitadas, internadas por tempo indeterminado. Assim, esses pacientes eram tratados como pessoas anormais, ou seja, seres humanos fora do padrão socialmente aceitável e o tratamento hospitalar tinha o intuito de amoldá-las ao padrão normal. A partir desse modelo biomédico de tratamento desenvolve-se a psiquiatria, enquanto especialidade médica, baseada no discurso de diferenciação entre pessoas normais e as classificadas “doentes mentalmente”. Desse modo, dos estudos científicos produzidos pela medicina psiquiátrica emergiram classificações nosológicas e os conceitos de doença mental (2).

Segundo Foucault, as visões acerca da pessoa considerada “louca”, “imbecil” “alienada”, “anormal” foram se alterando paulatinamente durante o tempo (2). Os novos serviços voltados para os cuidados da pessoa em saúde mental passaram a serem realizados em manicômios, locais alijados do seio social e eram gerenciados e controlados exclusivamente por médicos. Nos manicômios, o tratamento do paciente em saúde mental era focado na doença e não na pessoa, suprimindo seus direitos, como à autonomia e à liberdade, e sua dignidade. Ademais, os pacientes eram estigmatizados no processo de cuidado em saúde, silenciados e tratados com violência e autoritarismo.

Nesse contexto, na década de 40, no Brasil, surgiu uma personalidade pioneira no cuidado em saúde e no compromisso com a dignidade humana do paciente, a médica Nise da Silveira, que deu início a um trabalho transformador com os pacientes com transtornos mentais, no Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Nise da Silveira utilizou como tratamento técnicas não invasivas e uma abordagem centrada na pessoa, bem como buscou o resgate da identidade pessoal e a promoção da autonomia de seus pacientes (3).

A proposta elaborada por Nise da Silveira organizou uma lógica de cuidado em saúde mental oposta ao modelo vigente na época. Contribuiu, assim, com o seu pioneirismo para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, por meio da adoção de iniciativas inovadoras visando ao processo de desconstrução do modelo asilar, à desinstitucionalização dos pacientes, e à alteração dos cuidados em saúde. Nise da Silveira também influenciou com suas pesquisas novos modos de atuar no cuidado com os pacientes, impactando a conduta profissional de várias áreas da saúde.

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, cujos primeiros movimentos foram realizados em meados da década 70, do ponto de vista legal, apenas foi formalizada com o advento da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (4). Os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica foram significativos, tais como: tratamento em liberdade, redução de leito em instituições fechadas, implementação de programas que auxiliam na ressocialização do paciente, inclusão da pessoa na sociedade, previsão de direitos das pessoas em sofrimento psíquico, mudança no discurso médico científico sobre a percepção da pessoa com transtorno mental.

Contudo, mesmo com todos esses avanços os desafios ainda permanecem. Com efeito, segundo o Atlas de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde - OMS, publicado em 2017, apesar dos avanços na formulação e no planejamento de políticas de saúde mental em muitos países, há problemas persistentes a serem superados, como escassez de profissionais com capacitação na área, falta de investimento nos modelos substitutivos com base no território, falta de recursos materiais e a provisão de serviços de saúde com qualidade. O Atlas de Saúde Mental foi publicado em 2001 e a última atualização deu-se em 2017, dessa forma, tem-se o mapeamento e os dados de cada Estado - membro da OMS, e informação sobre se estes estão cumprindo o compromisso firmado, conforme descrito no Plano de Ação Integral de Saúde Mental da OMS 2013–2020 (5). O Atlas coleta e dissemina dados sobre os recursos de saúde mental no mundo, incluindo políticas

públicas, prestação de cuidados, medicamentos, e recursos humanos. As informações constantes do Atlas são de evidente relevância, como, por exemplo, acerca de quais países possuem planos e leis sobre saúde mental e quais encontram-se alinhados com os instrumentos estabelecidos pelas normativas e documentos de direitos humanos (6).

Nesse sentido, o Brasil ainda apresenta problemas persistentes no campo da saúde mental, consoante apontado pela Atlas da OMS. Para ilustrar tal quadro, registre que, conforme a inspeção realizada pelo Conselho Federal de Psicologia e pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura em comunidades terapêuticas em vários Estados, flagrou-se situações de violações de direitos humanos em face de pacientes (7–9). Constatou-se que os pacientes são submetidos a tratamentos degradantes, que impactam negativamente em seu processo de reabilitação, bem como são sujeitos a infringências de seus direitos, como: privação de liberdade, exclusão social, prática de trabalho forçado, incomunicabilidade do paciente com familiares, retenção de documentos e dinheiro, violação de correspondência, ausência de laudo médico em internação involuntária, violação de liberdade religiosa, ausência de projetos que visavam a desinstitucionalização do paciente, entre outras violações (8).

Verifica-se, assim, que a prática clínica estabelecida nos cuidados de saúde dos pacientes em saúde mental ainda é complexa e desafiadora para o campo da Bioética e dos Direitos Humanos aplicados aos pacientes. As formulações de Nise da Silveira e sua atuação nos cuidados em saúde mental trazem uma reflexão ética acerca da conduta dos profissionais no processo do cuidar dos pacientes em saúde mental que há que ser considerada pela Bioética. Nise da Silveira dedicou-se a assegurar que os direitos dos pacientes não fossem violados, proporcionando atendimento de qualidade, centrado na pessoa e focado no reconhecimento da complexidade humana. Ainda, Nise da Silveira criou práticas clínicas em que não se utilizavam procedimentos invasivos, comuns à época, buscando desenvolver e desvelar a capacidade individual de cada pessoa, bem como respeitando sua dignidade. A nova proposta de Nise da Silveira relativa ao cuidado em saúde mental envolvia a ênfase na importância do convívio humano em um ambiente respeitador e promotor da autodeterminação dos pacientes, em consonância com os direitos humanos dos pacientes. Assim, Nise da Silveira decidiu caminhar na direção contrária da lógica do discurso biomédico, da patologização e da medicalização da

vida. Neste sentido, a figura de Nise da Silveira quebra paradigmas acerca do cuidado de pessoas com transtornos mentais, consistindo em uma profissional de saúde voltada para a concretização dos direitos humanos no cenário da saúde mental.

Diante do exposto, esta dissertação tem como objetivo analisar as construções teóricas e a prática profissional de Nise da Silveira expressados em sua narrativa oral sob a ótica do referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes - DHP. Constata-se que a introdução dos DHP como referencial da Bioética da UnB encontra-se em desenvolvimento pelos pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Bioética. Particularmente, quanto à aplicação dos DHP no campo da saúde mental, registre-se que este estudo é precursor no Brasil. Com efeito, parte-se do pressuposto de que o referencial dos DHP é uma ferramenta teórica e normativa apta a analisar questões bioéticas que emergem do cuidado em saúde mental (10). Dessa forma, este estudo trata da aplicação do referencial teórico-normativo dos DHP no contexto da saúde mental, o que concorre para promover o tratamento digno do paciente com transtorno mental e a cultura do DHP em tal âmbito, bem como para a disseminação dos direitos humanos entre os profissionais da saúde mental e a melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

A escolha de Nise da Silveira deu-se pelo fato de ter sido uma profissional amplamente reconhecida como protagonista do movimento de libertação e emancipação dos pacientes em saúde mental. Dessa forma, objetiva-se examinar a prática profissional e as construções teóricas de Nise da Silveira na saúde mental à luz dos DHP, na medida em que a mesma alterou significativamente, no país, a forma de cuidar de pessoas com transtornos mentais, notadamente por promover os direitos humanos dos pacientes, mesmo não empregando a linguagem dos direitos em seu discurso. Sendo Nise da Silveira pioneira ao demonstrar em sua atuação a importância do profissional de saúde na concretização dos direitos humanos, sobretudo no enfrentamento de situações violadoras de tais direitos.

Esta dissertação se insere em uma das linhas de pesquisa do Programa de Pós-Graduação de Bioética da UnB, Fundamentos de Bioética. Sob a perspectiva metodológica, trata-se de pesquisa teórica e documental, que abarcou livros, artigos e documentos internacionais sobre a temática Direitos Humanos dos Pacientes em saúde mental. Quanto ao marco teórico dos DHP, utilizaram-se os estudos desenvolvidos por Albuquerque, Cohen e Ezer (11,12), bem como foram utilizados

documentos da Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização dos Estados Americanos (OEA). As normativas e os documentos internacionais em saúde mental são um marco importante na construção global de prescrições ético-jurídicas relativas aos pacientes, pois têm como objetivo assegurar proteção e ampliar os direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais que, ao longo da história, foram negados às pessoas com transtornos mentais. As normativas estabelecem obrigações para os Estados, a fim de fazer com que efetivem direitos dos pacientes em saúde mental, protegendo-os contra abusos e os documentos correlatos têm a função de detalhar tais obrigações e balizar políticas públicas. No capítulo terceiro desta dissertação serão explanados os documentos levantados e examinados para a construção do aporte teórico dos DHP no âmbito da saúde mental.

Ainda, quanto à metodologia deste estudo, possui um momento central, que perpassa pela análise de vídeos/filmes, por se tratar de seleção de materiais audiovisuais, porém o foco será no conteúdo das narrativas de Nise da Silveira, devido a isso a metodologia aplicada foi à análise de conteúdo fundamentada em Bardin (13). Na introdução desta dissertação será explanada de forma pormenorizada a metodologia adotada.

O presente estudo encontra-se dividido em três capítulos principais. O segundo capítulo discorre-se sobre a trajetória profissional de Nise da Silveira e suas interfaces com os avanços obtidos nos cuidados em saúde mental no Brasil, com ênfase na Terapia Ocupacional, pois foi através da utilização e do estudo da técnica terapêutica ocupacional Nise da Silveira contribuiu para a mudança no tratamento em saúde mental no Brasil, bem como traçar breve percurso histórico dessas mudanças ocorridas. O terceiro capítulo aborda o referencial teórico-normativo dos DHP, no âmbito dos cuidados em saúde mental. Assim, explana-se o conteúdo dos DHP e sua aplicação na esfera da saúde mental visando desenvolver a incidência dos direitos humanos no contexto dos cuidados das pessoas com transtornos mentais. No quarto capítulo, realizou-se a análise do material audiovisual proveniente do conteúdo das narrativas de Nise da Silveira, que resultou na formulação de quatro categorias formuladas com base no referencial normativo dos Direitos Humanos dos Pacientes, no âmbito dos cuidados em saúde mental. E por fim, apresentou - se o ativismo de Nise em prol dos DHP com transtornos mentais e as aproximações de sua prática com os DHP.

A pesquisa focou-se no conteúdo das narrativas de Nise de Silveira, para verificar se há a correlação entre o seu discurso e o referencial dos DHP (11,12). Foram escolhidos 5 vídeos: (i) *Será que Nise da Silveira teve seu trabalho reconhecido em vida*; (ii) *Dra. Nise da Silveira*; (iii) *Nise da Silveira, uma vida como obra de arte*; (iv) *Nise da Silveira – Posfácio: Imagens do Inconsciente*; (v) *Nise da Silveira – Do mundo da Caralâmpia à emoção de lidar* e 1 filme (documentário), *Olhar de Nise*. As obras relatam a vida e a trajetória profissional da médica Nise da Silveira, essas entrevistas foram concedidas antes do seu falecimento (1999). Os vídeos selecionados encontram-se disponíveis na plataforma aberta *Youtube* e o filme na plataforma *Now* – que é um aplicativo de reprodução de vídeos disponível em uma operadora de TV. Os vídeos e o filme selecionados tiveram seus roteiros transcritos e posteriormente submetidos à análise de conteúdo, formulada por Bardin (13), que tem como objetivo de:

[...]manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não o da mensagem (13, p.48).

O desenho metodológico deste estudo é de cunho bibliográfico, fundamenta-se no levantamento e análise da literatura sobre a temática, incluindo documentos jurídicos e internacionais. Possui um momento central, que perpassa pela análise de vídeos/filmes, o que permite o acesso ao conteúdo do depoimento oral registrado em mídia audiovisual, possibilitando, assim, a análise das cenas em diferentes períodos do tempo. Por exemplo, o material videográfico produzido em 1989 sobre a queda do muro de Berlim pode ser analisado em 2018, o que possibilita que o pesquisador volte, pause o vídeo e analise quantas vezes for preciso para obter uma melhor compreensão do conteúdo das imagens (14). Porém, o foco neste estudo será consoante com a metodologia de Bardin – análise de conteúdo das narrativas de Nise da Silveira, presentes nos vídeos selecionados.

O processo metodológico utilizado nesta pesquisa fundamenta-se na análise de conteúdo proposta por Bardin (13), aplicada em vídeos e filmes. O objeto desta análise compreendeu materiais videográficos de entrevistas concedidas pela médica Nise da Silveira, disponíveis na rede mundial de informações – internet – em plataformas abertas, ou seja, de acesso público e que permitem o compartilhamento

de vídeos e da plataforma *Now*, um aplicativo de reprodução de vídeos disponível em uma operadora de TV particular.

1.1 ANÁLISE FÍLMICA

A utilização da rede mundial de informações – internet – para o compartilhamento de vídeos tornou-se campo de investigação inclusive para a comunidade acadêmica e permitiu a obtenção de dados dessas fontes (14). Os meios audiovisuais são considerados uma combinação de sentidos, imagens, técnicas de composição de cenas, entre outros. Para realizar a análise de seu conteúdo e estrutura, no contexto fílmico, é necessário considerar e compreender a complexidade dessa expressão de linguagem (15). Assim, para tal análise é relevante deixar explícita as razões dessa escolha, realizar a seleção do material, sendo importante nesta fase o período em que foram selecionados os vídeos, as datas dos vídeos e o tempo de duração. Posteriormente, é necessário relacioná-los com a área da pesquisa e com a orientação teórica.

As experiências videográficas “acontecem ao vivo apenas num tempo e lugar específico e não podem ser resgatadas a não ser sob a forma de documentação (quando existente)” (16). Para o Dubois, o vídeo é considerado um agrupamento de obras que se aproximam do cinema ou da televisão, e estes são roteirizados e gravados com câmeras, depois editados, e, posteriormente, na finalização deste processo, as imagens são transmitidas ao telespectador em uma tela. O que é transmitido para o espectador pode gerar percepções, reflexões que vão além do que as telas reproduzem, como por exemplo o aspecto estético da arte (17). O material audiovisual possibilita, assim, expor determinada situação, além de favorecer a realização de questionamentos e a autorreflexão dos conteúdos transmitidos nas cenas. Na esfera da Bioética, o recurso audiovisual também é uma ferramenta proposta por Guilhem D, Diniz D, Zicker F (18) para a educação em ética e possibilita que os acadêmicos reflitam sobre determinados assuntos, suas vidas e atuações profissionais. O vídeo também permite o registro de momentos e ações que seriam difíceis de serem descritas ou compreendidas por apenas um investigador (19). Assim, o material videográfico pode fornecer informações

importantes, pois permite a análise do problema no espaço e no tempo em que ele ocorre, sendo possível a observação do fenômeno a partir dos recursos visuais e auditivos disponíveis no recorte das cenas.

Ainda segundo Silva apud Guilhem, Diniz e Zicker (138, p.14) o estudo da videografia possibilita a identificação das representações sociais que influenciam o comportamento das pessoas. Portanto, é um agente de transformação social na medida em que promove a interlocução e a interação entre o expectador/pesquisador e as circunstâncias vividas no cotidiano do objeto observado. O recurso audiovisual viabiliza as performances do mundo real e age sobre os valores, costumes, crenças e condutas (18). Os resultados obtidos a partir da análise de vídeos proporcionam novos sentidos, reflexões e questionamentos por meio das narrativas atreladas com as demais informações audiovisuais transmitidas. Este recurso proporciona, no âmbito da saúde mental, a problematização e a reflexão sobre a conduta dos profissionais de saúde em relação aos seus pacientes, em sua atuação cotidiana. O depoimento oral no audiovisual acessa o conteúdo registrado, permitindo a observação das cenas em diferentes períodos do tempo(14).

Assim, a câmera é o “olho que escuta” (21) acompanha a vida nos diferentes contextos, e possibilita, assim, o contato visual com o ambiente e o objeto da filmagem. No contexto do registro, pode-se analisar os comportamentos quantas vezes for necessário (21). Coloca-se, portanto, em destaque a relação do *self*, do outro e do ambiente com a sociedade. Através desse modo de lidar com os registros das cenas, o pesquisador pode acessar com maior acuidade detalhes que, por muitas vezes, são marginalizados, invisíveis, complexos e desconhecidos. Desta forma, os conteúdos filmicos possibilitam a visibilidade de fenômenos oriundos do contexto e do tempo em que eles ocorreram, tornando-se ricas fontes de conhecimento para a sociedade sobre os seres humanos, suas singularidades e diversidades (21).

A análise fílmica proporciona vantagens e inúmeras possibilidades, porém, existem obstáculos, na medida em que pode apresentar baixa qualidade, o que acaba por interferir na fidedignidade dos dados. Ademais, os materiais podem apresentar problemas na qualidade da imagem e do som (ruídos, volume desregular, baixa qualidade das imagens, luz, cores, etc.), que dificultam no tratamento dos dados, por exemplo, na fase de transcrição do áudio (19). Contudo, é

necessária a análise minuciosa das imagens e dos áudios como forma de conseguir alcançar seus significados e perspectivas (14).

1.2 LEVANTAMENTO DO MATERIAL

A presente pesquisa é constituída por entrevistas concedidas por Nise da Silveira antes do seu falecimento (1999), que estão presentes em vídeos e filmes. Partiu-se da hipótese de que o discurso da Nise da Silveira é coerente com o conteúdo dos direitos humanos dos pacientes. Por meio da análise de conteúdo da narrativa da personagem, seria possível verificar se conteúdo do referencial dos DHP estariam presentes no discurso de Nise da Silveira, de forma a demonstrar que mesmo antes do desenvolvimento teórico de tal referencial, Nise teria sido precursora na introdução da perspectiva de direitos humanos aos cuidados em saúde.

A primeira etapa consistiu em levantar todo material sobre Nise da Silveira nas plataformas virtuais abertas disponíveis na internet e seguir critérios de elegibilidade. Foram excluídos: a) vídeos que não continham no título o nome da protagonista e os demais temas chaves propostos (“biografia”, “médica”, “direitos humanos”, “reforma psiquiátrica”, “saúde mental” e “terapia ocupacional”); b) narrativas que não incluíam a médica como personagem principal; c) vídeos compostos apenas por imagens, músicas, slides, d) filmes de ficção e trailer; e) vídeos postados posteriormente à data da coleta de dados; e f) duplicatas que possuíam títulos diferentes, mas o mesmo conteúdo. Os vídeos incluídos deveriam: (i) conter entrevistas com a profissional; (ii) serem em língua original e/ou dublado com legendas; e (iii) estarem disponíveis em plataformas abertas de compartilhamento. A partir desses critérios, iniciou-se a busca dos vídeos nas plataformas de compartilhamento, *Youtube* e *Now*, com o uso de termos chaves que estariam relacionados com a pesquisa: “biografia”, “médica”, “direitos humanos”, “reforma psiquiátrica”, “saúde mental” e “terapia ocupacional”. O termo de ligação “e” foi relacionado ao nome Nise da Silveira, como apresentado no fluxograma a seguir.

A busca inicial apresentou:

- a) Biografia + Nise, que resultou em 533 vídeos
- b) Médica + Nise, que resultou em 261
- c) Direitos humanos + Nise, que resultou em 384
- d) Reforma psiquiátrica + Nise, que resultou em 125
- e) Saúde mental + Nise, que resultou em 143
- f) Terapia Ocupacional + Nise, que resultou em 275.

Somando todos os vídeos selecionados, foram 1.721 vídeos e 2 filmes na plataforma no *Now*. Ao final, foram selecionados cinco vídeos e um filme. Os materiais audiovisuais atendiam aos critérios descritos anteriormente. As datas dos vídeos originais são da década de 1970, 1980, 1990, contudo, foram postados na plataforma *Youtube* em 2012 e 2016. O filme selecionado foi gravado em 2015, todavia a entrevista concedida por Nise foi registrada antes de seu falecimento (1999). O período da coleta dos dados foi em novembro de 2017. A gravação dos vídeos varia de 4 minutos a 01h30min, como fluxograma 1, apresentado abaixo. Posteriormente, os materiais foram submetidos à análise de conteúdo, obedecendo à proposta de Bardin.

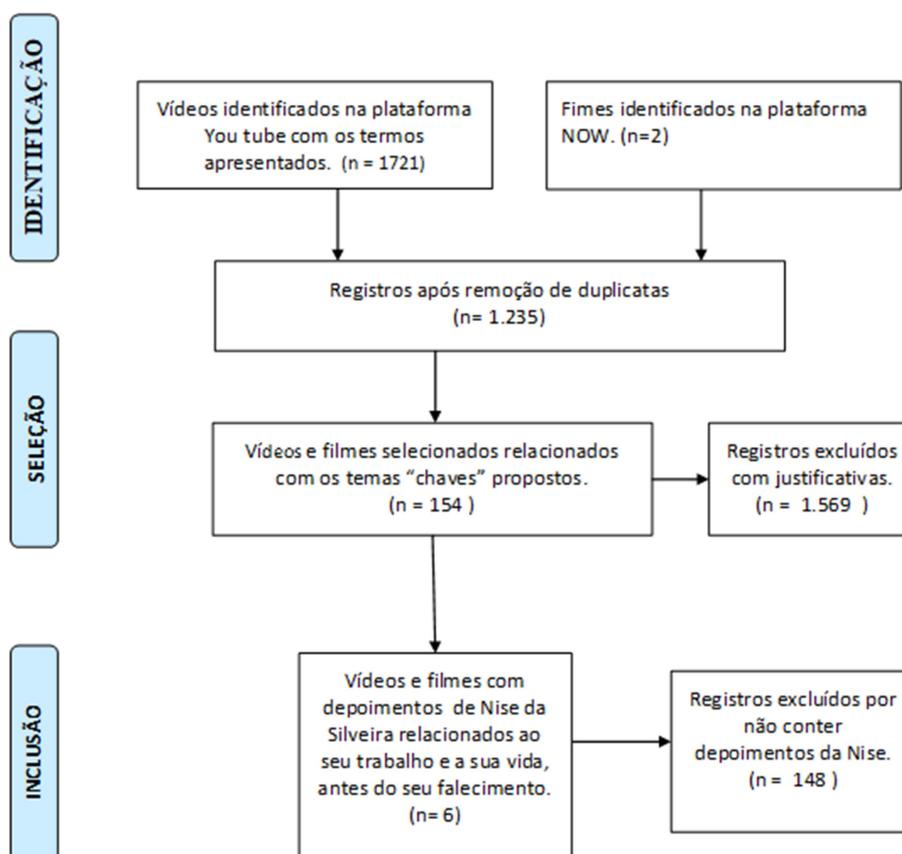


Figura 1 - Fluxograma da videográfico. Fonte: elaborado pela autora (2018).

1.3 ANÁLISE DO CONTEÚDO

O método de análise de conteúdo “constitui-se em um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos” (22). Neste estudo, a análise de conteúdo dos vídeos com as narrativas da Nise da Silveira foi realizada consoante a metodologia desenvolvida por Bardin (13) e alguns colaboradores, como Bauer e Gaskell (19). Segundo Bardin, a análise de conteúdo é definida como “um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Entende-se que, neste exercício, o pesquisador deve ater-se aos fatos como alguém interno à organização da coleta de dados para compreender mais profundamente o contexto da situação, enfatizando o processo dos acontecimentos, isto é, a sequência dos fatos em longo

prazo. A metodologia deste estudo foi desenvolvida de acordo com as três etapas teóricas formuladas por Bardin (13).

A primeira etapa da análise de conteúdo é a pré-análise, que consiste na fase de organização do material. Nesta etapa, é escolhido o corpus de análise, tais como documentos ou vídeos. Assim, tem-se a escolha do que será analisado. No caso da pesquisa com vídeos, é realizado o levantamento dos vídeos que serão submetidos à análise. Nesta fase, ocorre o primeiro contato com o material e é realizada a escolha dele, de acordo com algumas regras: a) exaustividade: deve-se abranger todos os elementos desse corpus, não podendo deixar de fora qualquer elemento; b) representatividade: a análise pode ser feita por meio de uma amostra do corpus, desde que o material a isso se preste, ou seja, a amostra deve representar o universo. Contudo, cabe ressaltar que nem todo material de análise é suscetível a dar lugar a uma amostragem, neste caso, o universo é reduzido; c) homogeneidade: os documentos ou vídeos devem obedecer a critérios de escolha, se referirem a um determinado tema; e d) pertinência: os documentos ou vídeos devem estar de acordo com o objetivo da análise. Nesta fase que ocorre a formulação da hipótese do que está sendo proposto, dos objetivos e da finalidade geral do que foi proposto.

A segunda etapa da análise de conteúdo se fundamenta na exploração do material. Nesta fase, ocorre a codificação e as unidades de registros são marcadas no texto transcrito, por exemplo, frases, palavras e parágrafos que estão presentes nas entrevistas concedidas por Nise da Silveira e que devem estar de acordo com o referencial teórico. Posteriormente, esses trechos são recortados do texto e é realizada a contagem da frequência das palavras, por repetição de conteúdos comuns no texto. Em seguida, é realizado o agrupamento dessas palavras, que propiciará o surgimento das categorias. Essas categorias irão possibilitar, ao final, uma discussão mais pontual dos aspectos relevantes do conteúdo associados ao referencial utilizado (13).

Por fim, a terceira e última etapa consiste na organização das análises que versam sobre o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação. Nesta etapa, os resultados obtidos são tratados de forma a torná-los significativos e válidos. Após o tratamento dos resultados, as informações relevantes da análise são inferidas e interpretadas. Ao final, pode-se chegar aos objetivos previstos, descobertas inesperadas ou as inferências alcançadas podem servir de base para uma outra análise acerca de novas dimensões teóricas (13).

2 A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DE NISE DA SILVEIRA E OS AVANÇOS NA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Este capítulo objetiva discorrer sobre a trajetória profissional de Nise da Silveira e suas interfaces com os avanços obtidos nos cuidados em saúde mental no Brasil, com ênfase na Terapia Ocupacional, bem como traçar um breve percurso histórico das transformações no tratamento do paciente com transtornos mentais no Brasil. Para tanto, inicialmente, cabe registrar que surgiu na década de 40, no Brasil, uma personalidade importante para a mudança no tratamento de pessoas com transtornos mentais: Nise da Silveira, que rompe com a lógica manicomial, com o modelo biomédico e recria uma forma de tratamento pautado no respeito à pessoa e no afeto. Com efeito, Nise da Silveira contribuiu para a mudança do tratamento de pessoas com transtornos mentais, enxergou além do seu tempo a necessidade de proteger e dar autonomia àqueles excluídos do convívio social.

A história da loucura é marcada por alguns termos que, paulatinamente, foram sendo substituídos em razão das classificações de doenças e devido ao seu tom discriminatório, estigmatizante. O termo “louco” era utilizado para se referir a todas as pessoas marginalizadas e também às pessoas com transtorno mental. Nesse sentido, a partir do século XVIII surgem com os estudos científicos da medicina outros termos, como “alienado”, sujeito que apresentava a contradição em sua razão, “psicopata” e “doente mental”. Posteriormente, no século XXI, passou-se a utilizar o termo “pessoa com transtorno mental”, que, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, compreende-se:

Uma ampla gama de problemas, com sintomas diferentes, caracterizados por combinação de pensamentos incomuns, emoções, comportamento e relacionamentos com os outros (23).

Ademais, ao longo da história houve mudanças no conceito da loucura, bem como modificações nas práticas do cuidado em saúde das pessoas com transtornos mentais, que será objeto do item subsequente.

2.1 PERCURSO HISTÓRICO DO TRATAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

A doença mental, chamada à época de “loucura”, era considerada pertencente ao campo da medicina desde o final do século XVII, porém não era bem definida, limitando-se a alguns sintomas. A definição surgiu posteriormente com os estudos de Pinel e Esquirol, que definiram doença mental como: “uma decorrência de distúrbios orgânicos provindos de disfunções de estruturas orgânicas, ou ainda de lesões anatômicas ou funcionais do encéfalo, e que se refletiam no comportamento sob a forma de sintomas” (1).

Na Europa, a Revolução Industrial teve início no século XVIII e sua expansão ocorreu no século XIX, o que causou profundas modificações políticas e sociais, como o êxodo das populações rurais para os centros urbanos, aumentando, assim, as desigualdades sociais, a fome, a miséria e a discriminação. Esse quadro afetou o estado de saúde das populações que passaram a manifestar além de doenças físicas, enfermidades psíquicas (24).

Antes da Revolução citada, os hospitais gerais eram espaços de assistência para pessoas excluídas da sociedade. Os indivíduos que não eram aceitos socialmente eram considerados perigosos e responsáveis pela transmissão de doenças epidêmicas e venéreas, advindas da aglomeração de sujeitos, eram levadas para esses espaços. Pessoas marginalizadas, doentes ou não, mendigos, leprosos: eram considerados “loucos” todos segregados, estigmatizados em um mesmo ambiente. Nos hospitais, as atividades de assistência e cuidado eram realizadas por pessoas religiosas ou por leigos.

Com os avanços da medicina no século XVIII, o espaço hospitalar foi reestruturado e seus atendimentos passaram a ser clínicos. Nesse contexto hospitalar, o médico passou a exercer uma autoridade fundamentada no saber. Surge então um novo modelo de assistência que tinha como princípio tratar e curar a doença e manter a organização e higienização dos ambientes públicos (25,26).

Na França, surge uma figura importante no século XVIII na área hospitalar: Philippe Pinel, médico que atuava no asilo em Bicetrê e que foi considerado o “pai da Psiquiatria”. Antes da chegada de Pinel, no asilo citado, pessoas com transtornos mentais eram amarradas por anos em correntes. Pinel foi um dos primeiros a aplicar

a “medicina manicomial”, que consistia em separar os pacientes com problemas mentais dos demais pacientes, em um local mais isolado para tratamento específico. Surgem, então, os asilos ou manicômios que visavam o tratamento das pessoas consideradas alienadas. Segundo os estudos de Pinel, o conceito de alienação não era ausência de razão, e sim uma contradição em sua razão, sendo assim, as pessoas “alienadas” não eram capazes de exercer a sua liberdade, logo, não detinham autonomia para realizar suas escolhas (27,28).

De acordo com o pesquisador Amarante o tratamento moral oferecido nos asilos era voltado para a disciplina e para reeducação das pessoas consideradas alienadas pelos médicos:

O asilo, este espaço cientificamente ordenado, como insistiam Pinel e Esquirol seriam, portanto, o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica e afetiva, da vigilância e da disciplina (28, p.2).

O tratamento adotado no século XIX utilizava como intervenção terapêutica a laborterapia, que consistia na ocupação e na oferta de trabalho de forma ordenada e controlada (29). Este método seria considerado o tratamento mais adequado para a obtenção da cura da doença mental.

No século XIX, a medicina conhecida como organicista se apresentava de forma científica e utilizava ferramentas e técnicas mais agressivas na sua intervenção (tratamento moral e físico). Essas técnicas consistiam na prática de crueldade com torturas físicas, como o uso de jatos de água gelado, máquinas giratórias, sangrias, afogamentos, extrações de órgãos, castração do clitóris da mulher, extração de dentes e indução de febre terzana. Registre-se que todos esses procedimentos utilizados eram justificados fisiologicamente (30).

Século XVIII, era utilizada a dor, através de queimaduras com soda cáustica nos genitais e no crânio do paciente: a dor, que ocupava a mente do louco sobre aquela sensação, teria impedido, segundo profissionais da área de saúde, “cada pensamento raivoso”! Além disso, provocava-se o vômito (através de vários tipos de purgas desgostosas), porquanto se pensava que, até a duração da náusea, as alucinações teriam sido eliminadas. “Até o sujeito mais furioso – constatava-se – deste modo se tornava tranquilo (30, p.26).

A psiquiatria do século XX tem sua prática médica na saúde mental baseada no diagnóstico e na classificação das patologias psiquiátricas. O sofrimento psíquico

de seus pacientes não é levado em consideração, o que reduzia o sujeito ao seu aspecto biológico. Dava-se importância significativa à distinção entre o “normal” e o patológico (31). Os médicos que atuavam nos manicômios passaram a observar e estudar criteriosamente o sujeito considerado louco e descreviam relatos, textos e tratados sobre os sintomas apresentados pelos pacientes.

A prática de classificação e descrição das doenças psiquiátricas foram impulsionadas com os estudos do médico alemão Emil Kraepelin, que acreditava que grupos de sintomas apresentados por determinados pacientes poderiam ser identificados, o que facilitaria futuramente o trabalho de pesquisadores da área no processo nosológico da doença. Seus estudos contribuíram para os fundamentos da moderna psiquiatria e para o surgimento dos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (32). A diversidade e singularidade não eram respeitadas, o ser humano passou a ser rotulado e classificado quando apresentava um comportamento fora do padrão da época. Com isso, conseguia-se controlar os corpos e justificar a necessidade dos hospitais psiquiátricos e o uso de fármacos (33).

Verifica-se nesta época o incremento da produção dos medicamentos e a expansão da indústria farmacêutica. A medicação passa a ser usada no tratamento terapêutico do paciente. Neste mesmo período, há o surgimento de correntes teóricas psiquiátricas e psicanalíticas com o objetivo de explicar a origem da doença mental. Constata-se, ainda, a instituição dos hospitais psiquiátricos clássicos, as práticas se tornam centradas no modelo hospitalar (hospitalocêntrico) e as relações estabelecidas são medicina-hospitalização (34). Nos procedimentos utilizados no tratamento dos pacientes psiquiátricos ainda havia a presença da violência e tortura. Na década de 1930, foram introduzidos os vários métodos de tratamento para pessoas com transtorno mental, por exemplo, o choque insulínico, o método cardiazólico, o eletrochoque e a lobotomia. No caso do choque insulínico, acreditava-se matar as células doentes, o procedimento consistia em aplicar uma alta dosagem de glicose, que resultava no coma do paciente, por isso, era necessário realizar a reanimação. No método cardiazólico era utilizado o medicamento cardiazol, que consistia na aplicação de uma ampola via endovenosa, que causava a convulsão do paciente (30).

A partir dos anos 1940 passou-se a utilizar também a técnica de eletrochoque sem o uso de anestesia, procedimento que era mantido até o paciente perder a

consciência, sendo que os médicos acreditavam que as convulsões seriam benéficas. Surge também a lobotomia frontal, cujo objetivo era evitar fortes perturbações emocionais, procedimento cirúrgico que causava a ruptura das conexões cerebrais. Com este procedimento, o neurologista português Egas Moniz ganhou o prêmio Nobel de Medicina. Na década de 1950, com o avanço da tecnologia e a proliferação de fármacos psicoativos, inicia-se o uso indiscriminado de sedativos, sendo aplicados via endovenosa ou intramuscular. Quando o paciente era resistente ao tratamento, era contido no leito, por meio de coerção física e a medicação era aplicada (30).

Surgem, assim, grupos expressivos de estudiosos e médicos de várias partes do mundo que passam a questionar e criticar o tratamento nos cuidados em saúde com o paciente de saúde mental e a desumanização nesses espaços. Surge, na década de 1940, modelos voltados para cuidados em saúde alternativos, como na França, Estados Unidos e Inglaterra, a fim de superar o modelo manicomial. Passaram, assim, a fomentar a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar e as mudanças no tratamento dos pacientes. Reivindicavam a proteção das pessoas vulneráveis (35).

Após a Segunda Guerra Mundial, houve a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948, pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em Paris. O documento trouxe garantias de direitos humanos a qualquer pessoa no mundo, independentemente de cor, raça, gênero, idioma e nacionalidade, além estabelecer prescrições aos Estados. Como forma de cessar os abusos praticados por médicos em suas experiências científicas durante a Segunda Guerra Mundial e fomentar a cultura de respeito e proteção, surgem posteriormente documentos relevantes para a ética em pesquisa, como o Código de Nuremberg, que considera o consentimento do paciente essencial, e a Declaração de Helsinque, que dispõe sobre um conjunto de princípios éticos que os médicos devem cumprir ao realizar uma pesquisa científica biomédica que envolva humanos (36).

Diante de todos esses acontecimentos e atrocidades envolvendo o âmbito médico, a especialidade da medicina-psiquiatria foi alvo de inúmeros questionamentos sobre suas intervenções terapêuticas nos pacientes de saúde mental. Suas técnicas favoreciam agravamento do sofrimento vivido pelos pacientes, causavam dor e pioravam o quadro de saúde. O uso de práticas cruéis, desumanas e degradantes, assim como a utilização de pacientes em pesquisas de alto risco

sem o consentimento informado era preocupante. Com isso, surge em várias partes do mundo o movimento composto de estudiosos e médicos que fomentavam a reestruturação da psiquiatria. Esses pesquisadores acreditavam em uma relação de poder do médico sobre o paciente, que ocorria em seus cuidados em saúde (37).

O médico húngaro Thomas Szasz foi um deles. O estudioso criticava a psiquiatria da época dos anos 1950 e era considerado um crítico social dos fundamentos morais e científicos da psiquiatria. O psiquiatra e psicanalista, autor de vários livros na área, contestava a medicina psiquiátrica e foi um crítico do modelo asilar. Szasz acreditava que a “doença mental” seria uma representação dos problemas da vida e que a explicação biológica para as doenças mentais defendidas pela medicina psiquiátrica clássica era deficiente. Para ele, havia a existência de outros elementos no desenvolvimento das doenças psíquicas aos quais estudos de classificação e o modelo organicista não seriam capazes de responder. O estudioso criticava a medicina psiquiátrica clássica por acreditar que os problemas mentais seriam consequências de problemas físicos e biológicos. O psiquiatra acreditava em um problema conceitual do que seria “doença mental”, questionava se não haveria interesses sociais da psiquiatria em legitimar as “doenças mentais” (38).

Para obter uma compreensão e tratamento efetivos, segundo o autor, seria necessário o médico estabelecer um vínculo maior com o paciente, melhorar sua comunicação, levar em consideração seu contexto de vida, suas crenças e sua cultura. Sem a consideração desses aspectos, o diagnóstico psiquiátrico permaneceria distante de ser um diagnóstico empírico e de obter um tratamento efetivo. O médico acreditava também, como demais pensadores, a exemplo de Foucault, que a doença mental surgia na sociedade ocidental como um mecanismo de controle social e que os diagnósticos psiquiátricos serviriam para manter o comportamento social dentro de certos padrões impostos. Defendia também a ideia que todos os indivíduos teriam o direito à autonomia e a serem livres de violência (38).

Thomaz, assim como Nise, foi criticado por sua forma de pensar, atuar e se posicionar nos cuidados em saúde mental e fazia parte do movimento da contracultura, composto por profissionais e cientistas que acreditavam que a dor, a morte, doença, são processos naturais, que fazem parte da existência humana (37). Essa concepção foi sendo modificada ao longo dos anos, a sociedade desenvolveu meios para lidar com essas difíceis experiências da vida. A medicina, com seu poder

de persuasão e saber científico, estão desconstruindo o saber popular e direcionando todas as explicações dessas causas para explicações médicas (33). Para ambos os médicos, os manuais de diagnóstico de psiquiatria classificavam e rotulavam as pessoas com descrições que não condiziam com a realidade, o uso desses manuais aumentaria o consumo de medicamentos.

Para exemplificar essas situações, demonstrando a hegemonia médica e suas consequências negativas nos serviços de cuidado em saúde, o pesquisador Rosehan realizou um estudo em 1973 e comprovou que as críticas feitas pelos psiquiatras Nise e Szasz eram verídicas. Rosehan realizou uma pesquisa intitulada como: “On being sane in insane places”, publicada na revista *Science* (1973), na qual “pseudopacientes” de diversas formações profissionais, todos foram internados em diferentes hospitais psiquiátricos de cinco estados norte americano, permaneceram no local internados por 19 dias de internação, nesse período receberam ao todo cerca de 2.100 medicamentos (39).

Oito “supostos” pacientes tinham como queixa ouvir vozes. Apenas este “sintoma” apresentado era falso, todas as perguntas dirigidas aos “psdeudo-pacientes” como: profissão, nome e vida pessoal eram verdadeiros. Sete pessoas do grupo foram diagnosticadas com distúrbios psicológicos gravíssimos e o outro com psicose maníaca depressiva (39).

Cabe ressaltar que os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos perceberam que os “pseudo-pacientes” não eram pacientes, porém, a equipe médica e os profissionais envolvidos não tiveram essa percepção. Rosehan, ao comunicar a um dos hospitais sobre sua pesquisa, recebeu uma proposta do Hospital para que enviasse “pseudo-pacientes” para eles (equipe e gestão) novamente, que afirmaram que iriam distinguir quais eram os falsos pacientes. O professor aceitou a proposta, todavia, a pesquisa não foi realizada. Ao retornar ao local após os meses acordados, o professor constatou que a equipe do hospital havia rotulado 190 pacientes como “pseudo-pacientes”. Este estudo comprova a fragilidade e a baixa qualidade dos serviços ofertados em saúde mental naquela época (39).

A pesquisa retrata o que ocorria em grande parte do mundo com o surgimento modelo hospitalocêntrico, onde as pessoas eram internadas, rotuladas e recebiam diagnósticos de esquizofrenia sem que de fato a tivessem. Impotentes, em um ambiente isolado e sem autonomia, pessoas com diagnóstico de transtornos mentais

eram submetidas dentro do hospital a tratamentos abusivos, violentos, como o eletrochoque e a lobotomia. Esse experimento demonstra também a falta de sensibilidade dos profissionais de saúde e o despreparo que tinham para atuar na saúde mental (39).

Com a mesma linha de pensamento de Nise e Thomaz, surge na década de 1960 o médico psiquiatra italiano Franco Basaglia, que se tornou líder do movimento da reforma psiquiátrica italiana, conhecida também como Psiquiatria Democrática. O médico buscava um novo modelo de assistência, mais humanizado para os pacientes da saúde mental, que valorizasse e garantisse os direitos das pessoas com transtornos mentais. Basaglia criticava a postura dos médicos e o tratamento oferecido aos pacientes internados, que os excluía e repreendiam. Para o médico, a psiquiatria era desumana, a institucionalização agravava o quadro do paciente, e, com isso, tornava-se incapaz de lidar com o fenômeno complexo da loucura. Basaglia tornou-se, assim, referência no movimento da antipsiquiatria. Em 1978, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica na Itália e o movimento se expandiu pelo mundo (40).

O movimento antimanicomial se fortaleceu e estudiosos da Europa e América do Norte, como já mencionado, aderiram à luta. Os membros criticavam o modelo que era centrado no leito hospitalar psiquiátrico (hospitalocêntrico) e o papel da psiquiatria. Outros psiquiatras foram importantes para a nova forma de pensar a doença mental, como: David Cooper, Ronald David Laing, Gregory Bateson. Outros pensadores também contribuíram com o movimento, cita-se: Erving Goffman e Michel Foucault (41).

Os asilos e hospitais psiquiátricos foram construídos com o objetivo de dar suporte e assistência aos doentes, tratamento terapêutico e auxílio a sua recuperação, mas não foi o que ocorreu, pois, estes espaços tornaram-se depósitos de pessoas que eram controladas e privadas de liberdade. Assim, o asilo e o hospital psiquiátrico tornaram-se locais com tratamento degradante, abusivo e desrespeitoso que violava os direitos humanos dos pacientes. O histórico de violações aos direitos do paciente transformou-se com a implicação de diversos atores sociais no processo de mudança e ações direcionadas à luta por seus direitos. Com a reforma psiquiátrica, houve a redução e fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, mudanças no tratamento do paciente, a possibilidade de reintegração da pessoa na sociedade e o surgimento de novos tipos de serviços

voltados para a comunidade. Surge um novo modelo, o de Saúde Mental Comunitária, que disponibiliza serviços fora do hospital, uma percepção voltada para os aspectos biopsicossocial e de recuperação (*recovery*) do sujeito, que preza pelo tratamento na comunidade e pelo respeito aos direitos humanos, bem como busca incluir a família ativamente no processo de cuidado do paciente (42).

2.2 O TRATAMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NO BRASIL

No Brasil, a institucionalização da “loucura” ganhou impulso com a chegada da Família Real. Pessoas com transtornos mentais que viviam nas ruas eram consideradas uma ameaça para a sociedade, assim, o Estado passou a intervir e a recolher pessoas pobres e doentes, levando-as para as Santas Casas de Misericórdia, onde viviam reclusas e em condições de cuidado e higienização precária. Devido às transformações sociais e econômicas que ocorriam no país, como problemas na saúde, sociais e de segurança, D. Pedro II fundou no Rio de Janeiro o primeiro hospício do Brasil, influenciado pelo modelo francês e pelos estudos de Pinel (43). Com a criação do hospício, D. Pedro II tinha como objetivo amenizar os problemas sociais, porém, a desigualdade aumentava a população vulnerável, e, conseqüentemente, o hospício não conseguia atender a demanda.

O modelo de cuidado baseado na caridade sofre mudanças, surge assim um novo modelo, o da higienização, os hospitais asilares passam por mudanças administrativas para idealização de um novo conceito. Dessa forma, na metade do século XIX, com base no alienismo francês, ciência que estudava a alienação mental, conhecida posteriormente como Psiquiatria. Nesta época foram construídos vários hospícios no Brasil sobre a supervisão dos médicos e com a autorização do Estado. Com o aumento dos internos, ao longo dos anos foram criadas colônias com intuito de diminuir o problema da superlotação (44). Nas colônias agrícolas, os pacientes trabalhavam em atividades braçais, sendo selecionados para admissão àqueles que eram considerados curáveis. O tratamento oferecido para eles era baseado no tratamento europeu conhecido como tratamento moral de Pinel, aprimorado por demais pesquisadores de outros países. O tratamento era baseado na práxis ou ergoterapia (45). A práxiterapia era uma técnica de tratamento utilizada

em pacientes internados e consistia na utilização terapêutica do trabalho, as tarefas eram graduadas e distribuídas aos pacientes de acordo com a complexidade exigida (46). Hermann Simon, na década de 20, aprimorou essa teoria e sistematizou a terapia ativa, que seria o tratamento ocupacional dos pacientes com transtorno mental, o seu objetivo era que através do trabalho e da ocupação o paciente visto como improdutivo se tornasse responsável e útil (29).

Fundada em 1923 pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental, tinha como objetivo melhorar a assistência da saúde mental e oferecer atendimento supostamente mais moderno aos pacientes psiquiátricos. Os médicos com tendências higienistas objetivavam erradicar a doença mental na época, para obter uma sociedade “saudável”. Desse modo, os membros da Liga manifestavam as seguintes palavras de ordem: “controlar, tratar e curar”. A proposta da Liga foi influenciada pelas práticas adotadas em outros países, tais como Alemanha e Estados Unidos, países marcados por discursos racistas, xenofóbicos e eugenistas (47).

O pensamento eugenista que havia no século XX se entrelaçava com a ideia de higienização social e se amparava na necessidade de livrar a sociedade de “pessoas indesejáveis”. Dessa forma, tal concepção de cuidado fortalecia a instituição hospitalar psiquiátrica e justificava, assim, as práticas abusivas em ambientes fechados e apartados do convívio social (48).

Em 1941, foi promulgado o Decreto-Lei nº 3.171, que criou o Serviço Nacional das Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério de Educação e Saúde, no qual os hospitais públicos eram responsáveis pela maior parte dos serviços psiquiátricos na época (49). Entre 1940 e 1950, houve a expansão de hospitais públicos em vários estados brasileiros, devido à aprovação do Decreto-Lei nº 8.555 de 1946, que autorizava o SNDM a realizar convênios com os estados da federação para a construção de mais hospitais psiquiátricos (45). Nesta época, destacava-se no Brasil uma personalidade que já atuava com ideia de uma antipsiquiatria, a médica alagoana Nise da Silveira, que foi pioneira ao promover mudanças no tratamento psiquiátrico no país, ao propor um tratamento inovador voltado para o cuidado centrado no paciente. Assim, Nise da Silveira iniciou um trabalho transformador através do seu olhar humano e sensível, utilizou atividades expressivas, como recurso terapêutico no tratamento das pessoas com transtornos

mentais, introduziu, assim, a terapia ocupacional no hospital psiquiátrico de Engenho de Dentro, antigo hospital D. Pedro II (3).

A médica buscou a ressignificação, o resgate da identidade pessoal e a construção da autonomia do sujeito através de atividades artísticas expressivas, como também favoreceu a socialização no setor conhecido como STOR – Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação, localizado no bairro de Engenho de Dentro, cidade do Rio de Janeiro. A proposta oferecida por Nise da Silveira organizou uma lógica de cuidado em saúde mental oposta ao modelo vigente da época, que abarcava formas de tratamentos degradantes e desumanos das pessoas com transtornos mentais. Nise questionou o modelo médico e fez várias denúncias na época, bem como propôs novos métodos de tratamento não invasivos. Para Nise da Silveira, todo delírio tinha um sentido e cabia aos profissionais de saúde mental averiguar com a visão, o olfato e sensibilidade a sua compreensão (3).

É fundamental valorizar o lado saudável do cliente, e não ficar procurando sintomas para adoentá-lo. Se você observar com desprezo o doente mental, só enxergara tristeza, miséria e decadência. No entanto se você for mais além e conseguir o outro lado do ser, descobrirá tesouros maravilhosos... decidi olhar para o lado mais rico [...] foi exatamente desta riqueza que nasceu meu trabalho (3, p.96)

Nise proporcionou oportunidades para as pessoas expressarem suas potencialidades, respeitava a singularidade e a diversidade, sua prática clínica nos cuidados em saúde possibilitou aos seus pacientes, o autoconhecimento e conseqüentemente favoreceu com que eles pudessem buscar mecanismos internos para poder lidar com suas dores e também superá-las. Isso foi possível, porque a médica atuava de maneira peculiar, seu foco era o paciente, como será abordado no tópico seguinte.

2.3 NISE DA SILVEIRA A PRECURSORA DE UM TRATAMENTO CENTRADO NO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

Nise da Silveira era alagoana, nasceu em 1905, entrou para Faculdade de Medicina na Bahia com 16 anos e formou-se em Medicina em 1926, sendo a única mulher da turma de 157 alunos. Nise sofreu discriminação na Faculdade de

Medicina, mas não se deixou influenciar. Em 1927, mudou-se para o Rio de Janeiro e se casou com seu colega de turma, o médico sanitarista Mario Magalhaes da Silveira. Nise da Silveira fez parte da ala médica da União Feminina do Brasil, formada por mulheres militantes e intelectuais, que tinha como objetivo defender os interesses das mulheres na sociedade (50). Em 1932 foi morar como médica residente no Hospital da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, local que a aproximou dos pacientes internos, despertando, assim, seu interesse em compreender o paciente com esquizofrenia.

Ao estudar a psiquiatria organicista em sua especialização, Nise começou a questionar a efetividade de tais ensinamentos. Os estudos focavam na doença, estigmatizavam e discriminavam os pacientes, se limitavam a apenas enumerar sintomas da esquizofrenia (51). Os seus professores diziam que os esquizofrênicos não tinham emoção, afetividade, mas Nise notou no contato com os pacientes, em sua prática, que havia sentimento por parte dos pacientes. Especializou-se, então, em Psiquiatria para compreender melhor o que ocorria com aquelas pessoas acometidas pela esquizofrenia. Suas influências teóricas foram: Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Gaston Bachelard, Antonin Artaud, Machado de Assis, Baruch Spinoza, Ronald David Laing, entre outros. O pensamento de Nise da Silveira também foi influenciado na Faculdade de Medicina pelo seu professor Prado Valladares, notadamente quanto à percepção do paciente como uma pessoa inteira, e não de forma fragmentada (3). Segundo Nise, seu professor não era um médico com visão cartesiana, não possuía essa concepção filosófica adotada pelos médicos da psiquiatria contemporânea da época (50).

Em 1933, Nise da Silveira ingressou no serviço público, especificamente no Serviço de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental, na Praia Vermelha, pertencente à antiga Divisão de Saúde Mental. No ano de 1936, na época da ditadura Vargas, Nise da Silveira foi presa sob a acusação de envolvimento com o comunismo, pois guardava no seu trabalho livros de Karl Marx. Assim, ela ficou presa na Casa de Detenção Frei Caneca, no Rio de Janeiro, por um 1 ano e 4 meses, o que consistiu na primeira prisão política feminina brasileira. Como consequência, Nise da Silveira perdeu seu cargo e ficou afastada por 8 anos do serviço público, no qual foi reintegrada apenas em 1944, momento em que passou a atuar no Hospital Pedro II, antigo Centro Psiquiátrico Nacional, no Engenho de Dentro, cidade do Rio de Janeiro, conhecido atualmente como Instituto Municipal

Nise da Silveira. Ao retornar para o serviço de cuidados em saúde de pessoas com transtornos mentais, Nise da Silveira se indignou com os métodos de tratamento que surgiram na Psiquiatria e que eram prescritos para os 2000 internos com diagnóstico de esquizofrenia. Nise da Silveira sentia-se incomodada a exercer a Psiquiatria da época, pois não acreditava que seria possível tratar ou curar seres humanos doentes mentalmente através de técnicas invasivas, dolorosas, baseadas na violência e tortura (3).

Essas práticas iam contra seus valores e sua ética profissional, por exemplo, ela não aceitava o uso do eletrochoque. Para ela os cuidados em saúde mental estavam equivocados, a possibilidade de reabilitar um ser humano doente e fragilizado com mais sofrimento e repreensão era nulo, o quadro se agravaria. O tempo em que ficou na prisão foi decisivo para refletir sobre as terapias utilizadas na época, assim, ela não admitia a privação de liberdade de nenhuma pessoa, buscava compreender os doentes e manter algum nível de identificação com eles. Nesse sentido, Nise da Silveira afirmou que “seria irônico e absurdo eu ter passado pela prisão e, após ser solta, torturar os outros” (3).

Em 1946, Nise da Silveira inaugurou dentro do hospital psiquiátrico atividades no Setor de Terapia Ocupacional, tal como o uso de técnicas não invasivas que respeitavam a vontade do paciente. Nesse Setor, os pacientes podiam lidar com suas emoções em um ambiente acolhedor, onde sua voz seria respeitada. O cuidado era centrado em cada indivíduo eram utilizadas atividades livres como meio de intervenção terapêutica, tais como: pinturas, desenhos e esculturas, entre outras. Posteriormente, era realizado o estudo das imagens produzidas pelos pacientes, já que não era possível na maioria dos casos a comunicação verbal. O objetivo de se estudar essas imagens era acessar o conteúdo interno do inconsciente dos pacientes, e, assim, possibilitar a sua exteriorização a fim de compreender a história de cada um e trazê-los de volta à realidade em um processo de ressocialização (3).

O trabalho de Nise da Silveira com seus pacientes era fundamentado em estudos da psicologia analítica desenvolvida por Carl Gustav Jung, sendo pioneira na utilização do pensamento e da práxis junguiana na década de 1950 no Brasil. Nesse sentido, Nise possibilitou a introdução da psicologia junguiana na América Latina. Aduz-se, ainda, que a médica acreditava que qualquer paciente trazia consigo pulsões criadoras e forças autocurativas e necessitava de apoio, amor e calor humano para elas se expressarem. Nise da Silveira foi pioneira ainda ao

utilizar animais como co-terapeutas no tratamento de pacientes com esquizofrenia, na medida em que observou que o animal proporcionava afeto aos doentes (3).

As atividades terapêuticas propostas nas sessões de Terapia Ocupacional por Nise possibilitava aos pacientes esquizofrênicos expressarem de forma livre suas emoções. A Terapia Ocupacional, reconhecida posteriormente como ciência que estuda a atividade humana, era chamada também pela médica como a emoção de lidar, pois para ela a escolha do material a ser trabalhado na sessão poderia revelar o estado psíquico de quem manusearia o objeto, ao despertar emoções. Para a psiquiatra, a sensibilidade e observação do agente terapêutico eram relevantes nesse processo para a compreensão da psique humana e o auxílio ao seu tratamento (51). A técnica utilizada por Nise, à terapêutica ocupacional, favorecia mudanças na vida do sujeito. Por trazer benefícios e melhora no quadro de seus pacientes, tornou-se reconhecida no Brasil no âmbito da saúde mental e ganhou visibilidade.

A Terapia Ocupacional, popularmente conhecida como T.O, surgiu como profissão no século XX, nos Estados Unidos, com o arquiteto americano George Burton, que introduziu em uma instituição de New York práticas da Terapia Ocupacional. Nesse local, os pacientes eram reeducados e recebiam auxílio através da ocupação, de forma a readquirir um sentido para a vida. Surge, então, o conceito de ocupação como agente promotor de saúde. Em decorrência da Primeira Guerra Mundial, soldados que sofreram mutilações e problemas psíquicos passaram ser atendidos pela T.O, o que contribuiu para o reconhecimento da T.O como uma profissão relevante. O objetivo da profissão era ensinar ofícios aos soldados, visando, assim, uma vida mais saudável e produtiva (52).

Em 1915, foi fundada a primeira escola de T.O, em Chicago, nos Estados Unidos. Na década de 1930 e 1940, nos Estados Unidos, a T.O foi questionada pela área da saúde por não possuir embasamento científico, com isso, surgiu a necessidade de se desenvolver suporte teórico para fundamentar as suas práticas. Com o decorrer dos anos, a T.O passou a concorrer significativamente para a melhora nos cuidados de pacientes com problemas físicos e mentais, tornando-se uma profissão da área de reabilitação, aproximou-se da área médica em uma relação subalterna. A T.O adaptou-se ao modelo médico, tornou-se reconhecida profissional e socialmente (29). A Terapia Ocupacional é considerada uma ciência

da saúde regulamentada pela OMS e pela *World Federation of Occupational Therapists*, que foi fundada 1952 e a define como:

Uma profissão da saúde centrada no paciente, visa promover a saúde e o bem-estar através da ocupação. Tem como objetivo permitir que os indivíduos participem das atividades da vida cotidiana. Os terapeutas ocupacionais atingem esse resultado trabalhando com pessoas e comunidades para melhorar sua capacidade de se envolver nas ocupações que desejam, precisam ou devem fazer ou modificando a ocupação ou o ambiente para melhor apoiar seu engajamento ocupacional (53). (Tradução nossa)

No Brasil, o tratamento terapêutico oferecido aos doentes nos hospitais construídos era fundamentado nos ensinamentos de Pinel, como descrito anteriormente. Esse tratamento foi aperfeiçoado posteriormente por pesquisadores de outros países, como Estados Unidos e Alemanha. Baseava-se na ocupação, ou seja, na laborterapia, o objetivo era melhorar o comportamento e devolver sua racionalidade (54). Os hospitais de referência da época que faziam a utilização da técnica eram os seguintes: Hospital D. Pedro II (1852), Hospício de Alienados da Tamarineira, em Recife (1883) e Hospital Juqueri (1898). Ao longo dos anos, o que era para ser tratamento para os internos torna-se trabalho forçado, dessa forma, o tratamento terapêutico proporcionado contribuía para ocultar os abusos que eram praticados nas instituições manicomial contra os pacientes. Consequentemente, os pacientes eram submetidos a serviços opressivos em ambientes fechados e não eram reabilitados, mantendo-os excluídos da sociedade (55).

A mudança na aplicação da ocupação como tratamento terapêutico e no cuidado com o paciente ocorre a partir da prática clínica e dos estudos de Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, e de Ulisses Pernambuco de Mello, em Recife. Com eles, a T.O no contexto da saúde mental no Brasil, ganhou outro sentido (52). A laborterapia que era utilizada por Pinel, tinha como objetivo utilizar o trabalho como forma tratamento, mantendo o paciente internado ocupado, era vinculado a questões comportamentais e de controle. Com Nise da Silveira e Ulisses a terapia ocupacional, passa a ser terapêutica. As escolhas das atividades nas sessões eram livres, não havia interferência, a ocupação era então utilizada como meio de expressão, aplicada como ferramenta para compreender o sujeito e sua complexidade para poder auxiliá-lo (54).

Em meados da década de 40, Nise ministrou cursos técnicos em T.O para profissionais, com isso contribuiu com aportes teóricos e práticos para o desenvolvimento da profissão no país. Na América Latina, os cursos técnicos de Terapia Ocupacional se expandiram na década de 50 para o México, Argentina e Venezuela, posteriormente para a Colômbia, Chile e Peru (56). No Brasil, a nova abordagem reformulada por Nise da Silveira proporcionou aos pacientes independência e a possibilidade de atribuírem sentidos próprios a sua vida. Permitiu também a retomada de aspectos centrais da existência dos pacientes que foram perdidos no processo de adoecimento e aniquilados com o tratamento degradante e desumano que recebiam naquela época. As atividades expressivas realizadas no tratamento terapêutico das pessoas com esquizofrenia no setor de terapêutica ocupacional eram artes e oficinas terapêuticas (marcenaria, trabalhos manuais, encadernação, costura, teatro, dentre outras) (54). Apenas em 1969 a Terapia Ocupacional tornou-se profissão de nível superior no Brasil (56), sendo regulamentada pelo Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969 (57) e pela Lei 6316/75.

A T.O preza pela relação entre o terapeuta, o paciente e a atividade. Desta forma, acredita-se que o paciente pode encontrar maneiras mais prazerosas de lidar com a vida, considerando as relações com o meio no qual está inserido (58). A contribuição da T.O para a saúde mental é relevante na medida em que agrega em sua prática componentes socioculturais do adoecimento, tendo como foco o processo de reabilitação psicossocial, com o objetivo de favorecer a autonomia, participação social e qualidade de vida ao paciente (54).

Diante do exposto, verifica-se que a profissão do terapeuta ocupacional fundamenta-se em princípios históricos que compõem a sua identidade profissional e essência. Tais princípios devem ser enfatizados, pois levam a profissão a ser reconhecida como humanista: a) o uso de atividades como ferramenta para possibilitar a expressão e a comunicação do sujeito; b) a preocupação com o âmbito ocupacional/atividade humana; c) a adaptação de técnicas de utilização da atividade como ferramenta terapêutica ou a mudança do sujeito em seu ambiente; d) a promoção de inserção e participação social, qualidade de vida e o exercício de cidadania do sujeito; e) a busca por autonomia do paciente, o desenvolvimento de suas capacidades e habilidades (59).

Um dos pacientes que foi tratado pela psiquiatra Nise esteve internado por mais de 10 anos e levou mais de 90 choques elétricos. O paciente relatou que sentia seu corpo estranho e tinha dificuldades para lidar com essa situação. Ao sair da internação, ele não sabia mais utilizar talheres, não conseguia andar calçado e nem frequentar lugares com muitas pessoas. Relata ainda:

Ao ser internado após um surto, você é preso sem ser julgado, sente acusado e depois é punido com choques, cárcere privado, solitária – até hoje isso acontece com os internos pobres do Brasil (3, p.96).

Após o tratamento realizado por Nise da Silveira, o paciente conseguiu adquirir autonomia, foi reabilitado socialmente, retornou aos estudos e se tornou dirigente de uma organização em prol de pacientes da saúde mental. Nessa linha, Nise da Silveira criticava o tratamento reducionista, pois para ela a recuperação do paciente ocorreria se o profissional tivesse uma visão holística do sujeito e se houvesse vínculo com o paciente. Assim, dizia ser de suma importância a relação humana entre médico-paciente, baseada na afinidade, na sensibilidade, na confiança, na responsabilidade, na compreensão, na disposição e na paciência. O tratamento oferecido por Nise de Terapia Ocupacional, não era usado para “distrair” o paciente, como os psiquiatras tradicionais sustentavam. Era uma técnica com base científica utilizada para compreender, tratar, socializar, propiciar uma vida produtiva para o paciente a fim de recuperá-lo ou até mesmo curá-lo.

Nise da Silveira sentiu-se impotente e assolada quando colegas de profissão do Hospital interviram no tratamento de três pacientes que frequentavam o STOR para a realização de psicocirurgia – a lobotomia. Os médicos alegaram que os pacientes eram violentos e que a prática cirúrgica seria a única solução. É importante mencionar que o procedimento foi realizado contra a vontade do paciente. A médica, indignada diante do fato, realizou um estudo comparativo das obras produzidas pelos pacientes antes e depois da lobotomia e provou que a técnica utilizada provocava danos irreparáveis aos doentes. A psicocirurgia afetava o funcionamento do cérebro, prejudicando as funções executivas responsáveis por controlar o pensamento e as emoções, prejudicava também a capacidade de abstração, planejamento e criatividade, além de provocar alterações no julgamento moral dos pacientes (60). Nise da Silveira esteve presente em vários Congressos Nacionais e Internacionais, apresentando o resultado de sua pesquisa, seus estudos

causaram impacto na comunidade científica da época (61). “O poder psiquiátrico se fez preponderante. [...] O que se iria dizer de uma técnica terapêutica, que ganhou um prêmio Nobel?” (61, p.206).

Em 1952, Nise da Silveira fundou o Museu de Imagens do Inconsciente, que contou com o trabalho que desenvolveu cotidianamente no ateliê com seus pacientes. Ademais, organizou exposições com obras de arte produzidas pelos seus pacientes, além de conseguir embasar e comprovar a eficácia do tratamento terapêutico realizado com os internos. Conseguiu reunir mais de 360 mil obras de arte realizadas pelos pacientes em atividades no Setor de Terapia Ocupacional, sendo todas expostas no Museu. A pintura utilizada como ferramenta terapêutica produzida de forma livre amenizava o sofrimento dessas pessoas aprisionadas nos manicômios. As obras traziam histórias de vida, traumas, desejos e esperança. A atividade proporcionava ao sujeito uma nova perspectiva social e o auxiliava no equilíbrio psíquico (62). Segundo Nise da Silveira, “foi observando-os e às imagens que configuravam, que aprendi a respeitá-los como pessoas, e desaprendi muito do que havia aprendido na psiquiatria tradicional. Minha escola foi nesses ateliês” (63).

Com a inauguração do Museu, o trabalho de Nise da Silveira ganhou destaque internacional e as atividades realizadas pelos doentes auxiliaram na comprovação da Tese de Carl Jung sobre o inconsciente coletivo. As ideias e atuação profissional de Nise da Silveira contribuíram para o questionamento do modelo alicerçado no hospital psiquiátrico e ganharam visibilidade, inclusive na mídia e no meio dos críticos de arte, assim, seu trabalho tornou-se referência mundial. Diante dos acontecimentos, a psiquiatria tradicional no Brasil passou a refletir sobre a forma de tratamento para com os pacientes (64). Em 1954, em contato via carta com Jung, Nise da Silveira foi convidada a participar do II Congresso de Psiquiatria, em Zurique. O Congresso possibilitou a sua projeção internacional, o que a permitiu estudar no Instituto C.G. Jung, em Zurique, na Suíça, a convite de Jung.

Ainda nos anos 50, preocupada com os pacientes esquizofrênicos, ex internos das Instituições psiquiátricas do Rio de Janeiro, Nise da Silveira criou a primeira clínica dia do Brasil, como forma de evitar futuras reinternações (3). Ademais, realizou estudo sobre as reinternações de pacientes e observou que os números eram cada vez mais crescentes no hospital, chegou à conclusão de que era preciso realizar um trabalho que desse apoio ao paciente no seu processo de

ressocialização. Conseqüentemente, ela fundou a Casa das Palmeiras, local onde todos eram acolhidos, o espaço era livre de repreensões, os funcionários não utilizavam jalecos, o tempo do paciente era respeitado e o estabelecimento fornecia alimentação. O ambiente não remetia a um espaço hospitalar e ao modelo biomédico, a equipe multidisciplinar estabelecia uma relação de amparo, atenção, respeito e afetividade para com a pessoa com sofrimento psíquico (65).

A Casa das Palmeiras é um pequeno território livre, onde não há pressões geradoras de angústia, nem exigências superiores às possibilidades de resposta de seus frequentadores (65, p.67)

O local ofertava oficinas terapêuticas e auxílio para os pacientes ex-internos dos hospitais que estavam com dificuldades de se reinserir em sua comunidade, de estabelecerem vínculos com a família ou de retornarem a vida cotidiana.

Nota-se que Nise já atuava na luta antimanicomial, ela anteviu o modelo substitutivo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que foram criados no Brasil apenas em 2002, por meio da Lei nº 10.216, de 8 de abril de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica. Nise da Silveira também participou da construção do projeto de Lei citado, estava presente em debates com deputados e autoridades da saúde, propôs mudanças no tratamento com o paciente e se posicionou pelo fim dos hospitais psiquiátricos (3). Para Delgado, autor da Lei nº 10.2016/01, “Nise foi uma pioneira ao não considerar o tratamento da época único, suficiente e teve a capacidade de compreender toda a complexidade da loucura” (66). Nise, com seu embasamento teórico e experiência na abordagem psicanalítica com pacientes, inaugura também um grupo de estudo C. G. Jung, que tinha como objetivo a realização de pesquisas, cursos e palestras referentes à Psicologia Junguiana e às ciências afins. Diversos profissionais, de diferentes áreas que tinham afinidades com o pensamento de Nise, que acreditavam que seria possível a melhora de seus pacientes através de um tratamento humanizado e libertador integraram ao grupo.

Inconformados com as injustiças sociais, pesquisadores, grupos de profissionais, associações, principalmente do âmbito da saúde lideraram um movimento importante na sociedade em meados da década de 70, a reforma sanitária, que tinha como objetivo democratizar a saúde para todos os cidadãos. Essa proposta incluía cuidados em saúde para os grupos vulneráveis, o movimento contribuiu também para o surgimento de outros movimentos, como o da reforma

psiquiátrica. A promulgação da Constituição de 1988 trouxe transformações significativas no âmbito da saúde, como o direito à saúde para toda população, independente de classe social. Foi instituído com a Constituição o sistema de saúde pública do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), que reconhece a saúde como direito fundamental de todo ser humano e um dever do Estado, garante, assim, que seu acesso seja igualitário, sem discriminação e integral para toda população brasileira (67).

Em meio às reivindicações e mudanças políticas e sociais no país, inicia-se, no final da década de 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os trabalhadores em saúde mental orientados para o atendimento Reformista e movimentos da sociedade civil iniciaram o movimento que contou também com a reivindicação dos pacientes, pesquisadores e profissionais de saúde, com o apoio da Nise da Silveira. A reforma psiquiátrica foi influenciada nessa época pelo movimento da luta antimanicomial de Franco Basaglia, que considerava o modelo hospitalocêntrico como antiterapêutico. Basaglia acreditava que a única forma para transformar o cuidado em saúde mental seria a substituição radical dos manicômios e hospitais por uma diversidade de serviços terapêuticos alternativos, com base na comunidade e no território do paciente, voltados a atender a demanda de cuidado psicossocial do sujeito (68).

No Brasil, na década de 1940, Nise da Silveira já atuava em um movimento pioneiro de contracultura da psiquiatria, porém, sua atuação e luta na saúde mental não foi devidamente reconhecida em âmbito nacional e internacional. Os textos de Nise quase não aparecem em citações em tese e dissertações, quando se referem à história da psiquiatria ou da Reforma Psiquiátrica, contudo, nomes como Laing e Basaglia sempre são citados (69).

Para Horta (70) alguns fatores podem ter contribuído para o não reconhecimento de Nise da Silveira como protagonista e precursora da Reforma Psiquiátrica no Brasil, como a discriminação de gênero e o fato dela ser oriunda de um país da América Latina. A dificuldade na comunicação e divulgação de informação na época também são fatores que podem ter contribuído. Mesmo com todo o movimento social existente no Brasil em prol da reforma psiquiátrica, a sua concretização no país demorou ser efetivada, pois havia interesses econômicos e políticos contrários à implementação de um novo modelo de cuidado em saúde mental (71).

Durante anos o tratamento de pacientes com transtorno mental foi embasado no Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que dispunha sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos (72). A intitulada “Lei dos Loucos” era uma lei dos anos 30 que autorizava a internação de todos pacientes considerados “doentes mentais”. Permitia-se, assim, que uma pessoa interditasse outra e a acusasse de “doente mental”. A pessoa internada e considerada “doente mental” perdia seus direitos civis e ficava sob a submissão e “proteção” do Estado (73). Internadas, essas pessoas permaneciam em manicômios até a morte. Nota-se que o Estado exercia um forte controle sobre essas pessoas.

A imagem das pessoas que eram internadas nesses locais ou que possuíam algum transtorno mental era vinculada, naquela época, à marginalidade. Os indivíduos rotulados e estigmatizados representavam um perigo para a sociedade, e, dessa forma, tornavam-se invisíveis (25). Essa lei estimulou a violação dos direitos dos pacientes com transtorno mental no Brasil, pois se internava qualquer pessoa que era considerada “incômoda ou inadequada” para os padrões sociais da época, tivesse ela transtorno mental ou não. O número de internados no Brasil passou a ser significativo, pois a psiquiatria passou a utilizar essa lei para sanar conflitos familiares (66).

Na década de 1990, fatores importantes ocorreram e influenciaram a luta antimanicomial, como o pacto firmado e assinado pelo Brasil – a Declaração de Caracas (74), o projeto de Lei Paulo Delgado no Brasil (4), os movimentos sociais e a II Conferência de Saúde, que contribuíram para a reforma psiquiátrica (4). Iniciaram-se, assim, mudanças nos serviços públicos de saúde mental, surgiram diretrizes e normas para o tratamento desses pacientes. A Portaria nº 224, de janeiro de 1992 (75), propõe a implantação de modelos substitutivos de tratamento (NAPS, CAPS e Hospitais Dias) em todo o território brasileiro. A III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, com o tema “Cuidar, sim. Excluir, não” (76) e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com enfoque na importância da Intersetorialidade, em 2010 (77), são consideradas também um marco importante na reforma psiquiátrica, pois elas direcionaram as políticas públicas em saúde mental no Brasil para que fossem democráticas, inclusivas e universais respeitando o paciente com sofrimento psíquico (78).

No ano de 2001, foi promulgada a Lei nº 10.216, de 2001, que dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas com transtorno mental. A Lei nº 10.216, de 2001, foi amparada na ideia de municipalização dos serviços em saúde para reverter a lógica do isolamento nos hospícios por cuidado de base territorial, focado no sujeito e nas suas potencialidades (4).

Houve avanços importantes com adesão da Política Nacional de Saúde Mental, que objetiva um modelo de atenção aberto, fundamentado no território da pessoa com base em sua comunidade, a fim de garantir um atendimento de qualidade que auxilie efetivamente o paciente em sua reabilitação. Para compreender melhor os serviços que são disponíveis para os pacientes na rede, serão vistos as principais normas infralegais utilizadas neste âmbito.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe pontos de atenção para atendimento de pessoas com transtornos mentais e que fazem uso nocivo de álcool e drogas. Ela propõe interligar as ações e serviços em diferentes níveis de complexidade. A rede é composta por diversos serviços de atendimento para o paciente em saúde mental, tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Residência Terapêutica (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, Unidades de Acolhimento (UAs) e Leitos de Atenção Integral (Hospitais Gerais, no CAPS III). Apoiada na Lei 10.216 de 2001 é promulgada a Portaria nº 336/2002. Os CAPS, são serviços ambulatoriais de atenção diária, vem substituindo o modelo hospitalocêntrico e funciona segundo a lógica do território e preveem como integrante da equipe o terapeuta ocupacional (79); A Portaria nº 251/2002 - Estabelecem diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria reclassificam os hospitais psiquiátricos e internações psiquiátricas (80); A Lei nº 10.708/2003 - Programa De Volta Para Casa (PVC), que garante o auxílio-reabilitação psicossocial para a atenção e o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental, como forma de auxiliar a pessoa para retorna as sua família e ao convívio social (81); A Portaria nº 3.796/2010 - Institui o Colegiado Nacional de Coordenadores de Saúde Mental (82); A Portaria nº 3.090/2011, que dispõe do repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal Custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), trata do acolhimento de pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia (83).

A Portaria Nº 3.088/2011 - Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no SUS (84); A Portaria nº 122/2011 - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, visa acessibilidade da população em situação de rua aos serviços de saúde (85); A Portaria Nº 132/2012 - Institui incentivo financeiro de custeio para o componente Reabilitação Psicossocial - trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais (86); A Portaria nº 2.840/2014 - Cria o programa de desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no SUS, com o objetivo de desenvolver ações de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes de uso de drogas em situação de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos do SUS, essa portaria apoia estratégias nos processos de reabilitação psicossocial no território próximo a residência da pessoa desinstitucionalizada, favorecendo assim sua autonomia, garantindo sua reinserção social (87). Todas essas normas surgem com objetivo de auxiliar o paciente que necessita de serviços em cuidados em saúde mental, além de garantir que não haja abuso dos seus direitos que foram adquiridos com a aprovação da lei. Porém, com as mudanças no governo em 2016, precisamente no final de 2017, os pacientes tornaram-se mais suscetíveis a terem seus direitos violados com mudanças na política nacional, por meio de uma resolução aprovada sem o consentimento e participação da sociedade, que é a mais impactada com as alterações.

Em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde aprovou alterações na Política Nacional de Saúde Mental. A Resolução nº 32 foi aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite e trouxe uma nova perspectiva acerca da internação hospitalar, aumentando os recursos para comunidades terapêuticas e diminuindo a oferta de serviços extra-hospitalares (88). Amarante afirma que:

[...] Uma política que volta a privilegiar o modelo manicomial, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa, da indústria da doença, da indústria da loucura. Uma proposta que representa um grande retrocesso porque retoma um investimento muito grande no manicômio, nas comunidades terapêuticas, no modelo ambulatorial – que é medicalizante, individualizante, parte da ideia de que a doença é do indivíduo, com aquela consulta que é basicamente prescrição de medicamentos. São interesses

representados pelos empresários dos hospitais psiquiátricos e da indústria farmacêutica [...] (89).

O tratamento desumano ou degradante dado aos pacientes com transtorno mental, como relatado por Nise da Silveira, ainda ocorre em comunidades terapêuticas, clínicas públicas e privadas no Brasil, principalmente em cidades do interior, onde é escassa a fiscalização. Em uma inspeção realizada pelas Comissões de Direitos Humanos do Sistema de Conselhos de Psicologia (CNDH), foram fiscalizados hospitais psiquiátricos, clínicas psiquiátricas e manicômios judiciários em 16 Estados da federação e no Distrito Federal, em julho de 2004. Intitulada como Inspeção Nacional de Unidades Psiquiátricas em Prol dos Direitos Humanos, o objetivo era fiscalizar o tratamento oferecido pelas instituições e detectar se havia violações aos direitos humanos e maus-tratos. Em uma visita realizada a uma clínica na região nordeste do Brasil, a Comissão encontrou pacientes em situações sub-humanas, conforme o relato a seguir (90):

Os pacientes ficam totalmente isolados e trancados nesses espaços, sem a presença permanente de um profissional habilitado nas tarefas de cuidado e observação. Cada um desses quartos de contenção está vinculado a uma espécie de pátio interno pequeno, onde há a chance de vislumbrar o céu. Todo o espaço, entretanto, é cercado por uma rede de arame, pelo que se imita a arquitetura tipicamente prisional. Como procedimento padrão, todo paciente que entra na clínica passa um período nesses quartos, sem que se saiba qual a base teórica da medida, nem os resultados que se pretende atingir com ela. O paciente que havíamos visto algemado na sala de espera, por exemplo, já havia sido encaminhado para um desses quartos, quando iniciamos a inspeção no interior da clínica [...] (90, p.22).

Houve avanços importantes no tratamento das pessoas com transtornos mentais com a participação de profissionais como Nise da Silveira e dos demais que lutaram pela Reforma Psiquiátrica no país. Com efeito, foram várias as conquistas, como a implantação de políticas de saúde pública baseadas na desinstitucionalização; o acesso a um tratamento embasado nos direitos humanos, na comunidade e território e a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade (91). No entanto, ainda existem inúmeros desafios para serem superados. Apesar das mudanças de paradigma assistencial em saúde mental que se iniciaram na década de 40, os pacientes ainda permanecem suscetíveis às violações de seus direitos humanos, tais como: discriminação, ausência de privacidade, interesses e

desejos desrespeitados, falta de informação e perda da autonomia, o que traz como consequência prejuízos à vida e ao tratamento digno.

A conduta pautada no respeito aos direitos humanos de pacientes com transtornos mentais e as contribuições de Nise da Silveira ao implantar um tratamento terapêutico inovador, que fomentava autonomia, liberdade, ressocialização, tratamento digno para seus pacientes, foram fundamentais na forma de repensar e agir em saúde mental no Brasil. Sendo assim, sua atuação e luta não devem ser esquecidas pelos profissionais da saúde mental, que devem buscar em suas práticas favorecer a manutenção e o alcance dos direitos humanos dos pacientes, cujo tema será abordado no próximo capítulo.

3 DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES EM SAÚDE MENTAL

Será abordado neste capítulo o referencial teórico-normativo dos Direitos Humanos dos Pacientes, doravante chamado DHP, no âmbito dos cuidados em saúde mental. Assim, objetiva-se explicar o conteúdo dos DHP e a sua aplicação na esfera da saúde mental, visando tratar da proteção, do tratamento com qualidade e dos direitos da pessoa com transtorno mental. Por se tratar comumente de um grupo vulnerável, pessoas em sofrimento psíquico passam por experiências severas durante suas vidas, enfrentam dificuldades econômicas, violência, marginalização, abandono, discriminação, estigmatização e negação de direitos. Esses fatores aliados ao desconhecimento dos direitos específicos da pessoa com transtorno mental dificultam a obtenção por parte do paciente de um tratamento com qualidade e de uma reabilitação que seja efetiva, bem como a sua reinserção social com a preservação de direitos.

O conhecimento dos instrumentos internacionais de direitos humanos em saúde mental e sua aplicação nos serviços de cuidado em saúde podem proporcionar e direcionar melhores estratégias na assistência em saúde mental, bem como maior respeito aos direitos dos pacientes por parte dos profissionais de saúde. Quando esses conhecimentos são articulados intersetorialmente, no plano individual, comunitário e estatal, contribuem para minimizar as fragilidades em direitos humanos nos serviços ofertados nos cuidados em saúde mental.

3.1 DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES

Os direitos humanos são considerados direitos essenciais da pessoa e a sua titularidade independe de gênero, classe social, raça, nacionalidade, religião e de outros fatores pessoais. Assim, esses direitos devem ser assegurados pelos Estados, principais obrigados em termos de direitos humanos, a todas as pessoas apenas pelo fato da sua existência. Os DHP são um referencial teórico-normativo e bioético-jurídico, desenvolvidos a partir do ano de 2013, que englobam normativas internacionais (declarações, cartas, convenções e pactos internacionais) e se

encontram fundamentados nos estudos de Albuquerque, Cohen e Ezer (11,12). A aplicação dos DHP em cuidados na saúde é inovadora no mundo e no Brasil.

Os direitos humanos dos pacientes são um ramo do direito internacional dos direitos humanos, que abarcam uma série de convenções, pactos, declarações internacionais em matéria de Direitos Humanos e a Jurisprudência internacional construída pelos órgãos de monitoramento dos Direitos Humanos da ONU, do Sistema Europeu de Proteção dos Direitos Humanos, do Sistema Interamericano de Direitos Humanos e do Sistema Africano de Proteção dos Direitos Humanos (11, p.27).

Neste sentido, a efetivação dos DHP se dá no cotidiano dos serviços em saúde quando o paciente se encontra sob os cuidados dos vários profissionais. Apesar do processo de mudança de paradigma assistencial em saúde, ou seja, do paradigma paternalista para o da promoção da autonomia, os pacientes permanecem suscetíveis às violações de seus direitos humanos, tais como: atitude discriminatória, ausência de privacidade, interesses e desejos desrespeitados, falta de informação, tratamento cruel e degradante, o que traz como consequência prejuízos para o tratamento e danos ao paciente (11).

Ressalta-se que os direitos humanos passaram ser considerados um referencial da Bioética, especialmente após a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada pela UNESCO em 2005, constituída por meio de valores, princípios e normas que estabelecem obrigações direcionadas aos Estados (92). No mesmo sentido, conforme o Dicionário Latino Americano de Bioética da UNESCO 2008, o Estado tem o dever de prevenir o adoecimento, atuar no processo de cura, e, depois da doença, promover a reabilitação (93). A Bioética latinoamericana dialoga neste cenário com os Direitos Humanos, ambos entendem que o paciente é o sujeito central do cuidado em saúde, sendo assim considera suas escolhas. Acreditam que o cuidado em saúde deve ser direcionado ao paciente e não a terceiros. Ambos criticam o tecnicismo no ensino da área da saúde, a formação do profissional, que desconsidera em muitos casos a relação humana intrínseca que ocorre no processo de cuidado em saúde. Ambos possuem natureza prescritiva, a Bioética tem o cunho de ética aplicada, o que permiti apontar condutas para que sejam adotadas, assim como nos Direitos Humanos (94).

Portanto, tanto a Bioética com os Direitos Humanos visa proporcionar argumentos que permitam não somente a discussão do tema como aplicação dos direitos fundamentais que imperativamente são atribuídos a todas as pessoas

humanas do planeta que devem ser protegidas e respeitadas. Quando nos referimos às pessoas humanas devemos respeitar a pluralidade de cada uma independente de ideologia ou cultura, afinal constituem um corpo social com nome, gênero, família, passado, presente e futuro.

Os direitos humanos dessa maneira, os direitos humanos dos pacientes estão previstos em normas internacionais e estão interligados diretamente ao contexto dos cuidados em saúde, constituindo o seguinte elenco de direitos: direito à vida, respeito pela vida privada, direito à liberdade e à segurança pessoal, acesso à informação, direito de não ser discriminado, direito à saúde; direito não ser submetido à tortura, nem pena ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. Por se encontrar jurídica e eticamente vinculado à Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (95), à Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005) (92) e a uma série de tratados, o Brasil deve garantir e promover esses direitos. Os direitos dos pacientes originaram-se na década de 70, em meio ao movimento de pacientes nos Estados Unidos, com a participação social de grupos vulneráveis, como ativistas feministas, afrodescendentes e pacientes psiquiátricos. Assim, o movimento dos direitos civis foi um marco importante para a luta pelos direitos dos pacientes, pois esses grupos vulneráveis reivindicavam direitos que fomentaram o reconhecimento de direitos no âmbito dos cuidados em saúde (11).

Em vários países do mundo, a partir da década de 1990, houve a adoção de legislação garantidora os direitos dos pacientes, contudo, o Brasil ainda não possui lei específica sobre a temática. Por esse motivo, não há o reconhecimento da maior parte desses direitos no país. Atualmente, há o Projeto Lei nº5.559/2016, que dispõe sobre os Direitos do Paciente (96).

É importante registrar que, globalmente, o termo utilizado pelos movimentos reivindicatórios de direitos é “paciente”, embora na saúde mental, no Brasil, sejam empregados outros termos para se referir à pessoa que se encontra sob cuidados em saúde. Com efeito, o termo “paciente” é utilizado pelo referencial dos DHP, na esteira dos movimentos globais referidos, ressaltando a sua distinção dos termos usuário e consumidor (11). “Consumidor” denomina uma das partes da relação de consumo, que se alicerça na proteção ao consumidor prevista no Código de Defesa do Consumidor e “usuário” se refere ao sujeito que integra a relação estabelecida com o serviço de saúde, revelando, assim, a impessoalidade (11). Além disso, o uso do termo “paciente” está fundamentado no valor da dignidade humana, ou seja, no

valor intrínseco de todos os seres humanos (97). Quando se trata do direito do paciente, a expressão remete à relação existente entre pacientes e profissionais de saúde, uma relação baseada na confiança estabelecida entre ambos, que se caracteriza como uma relação humana e pessoal (97). O termo também traduz a condição de quem necessita de cuidados e se encontra vulnerável, emocionalmente afetado, cuja rotina cotidiana foi alterada devido ao seu quadro de saúde, que gera limitações. Assim, devido a esse estado de vulnerabilidade, o paciente pode apresentar dificuldades para tomar decisões em razão da enfermidade, o que deve ser compreendido pelo profissional de saúde. Para entender o contexto dos pacientes em saúde mental que se encontram sob os cuidados em saúde, é necessário ter consciência dos direitos que eles possuem.

É provável que a dificuldade de cuidados em saúde de forma a reconhecer a vulnerabilidade do paciente em saúde mental passe pela adoção e implementação do tecnicismo em saúde, em que o homem é compartimentado e cada parte de seu corpo se torna objeto de estudo e tratamento sem agregar o valor absoluto da dignidade humana que é ser tratado como ser pleno inseparável de sua constituição, corpo físico e mental. O tecnicismo puro, acaba por engessar o cuidado, que é diferente do tratamento. Ao se cuidar estabelecemos relação de proximidade, de afeto, de não instrumentalização do outro, mas de uma ótica de humano para humano onde os diferentes –profissional e paciente – se cruzam em uma relação de respeito e confiança. Neste sentido, é importante que o profissional de saúde tenha inserção no conhecimento e aplicação dos Direitos Humanos do paciente, o que possibilitará de fato essa relação mais humanizada (98).

O referencial teórico-normativo dos DHP é composto por quatro princípios: o cuidado centrado no paciente, dignidade humana, autonomia relacional e responsabilidade dos pacientes. Neste estudo, será abordado o princípio do modelo centrado no paciente, considerando que a protagonista desta pesquisa, a psiquiatra Nise da Silveira, combateu de forma incisiva a hegemonia médica, em um período no qual as decisões em saúde mental eram tomadas apenas por médicos psiquiatras, não levando em consideração a vontade e as preferências do paciente – autonomia e a importância de se estabelecer uma relação entre médico e paciente baseada numa relação construtiva e mutuamente respeitosa. Os psiquiatras à época eram adeptos do modelo biomédico, e a relação estabelecida com o paciente era essencialmente paternalista, ou seja, de dominação do médico sobre o paciente.

De acordo com Schramm, “o paternalismo não dá ao sujeito ao qual se aplica a ação a opção escolher ou não. É assim e acabou-se” (99). Na relação entre profissional de saúde e paciente, na época de Nise da Silveira, havia uma assimetria de poder e, conseqüentemente, uma abertura para perpetuar práticas abusivas e violações de direitos dos pacientes que se encontravam em condições de fragilidade. Diante desse contexto, Nise da Silveira modificou radicalmente as formas de tratamento com o paciente, proporcionando um novo modelo de atenção nos cuidados em saúde. Devido a isso, o enfoque no tópico subsequente será voltado para o princípio do modelo do cuidado centrado no paciente.

3.2 MODELO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Os DHP têm como um dos seus princípios o modelo do cuidado centrado no paciente. O cuidado centrado no paciente surgiu nos Estados Unidos em meados da década de 1950, e, atualmente existem várias correntes teóricas distintas que tratam do tema (11). Esse modelo está relacionado com o exercício de cuidar dos pacientes e de seus familiares de forma significativa e valiosa para eles, e isso inclui a comunicação e envolvimento em cuidados de forma mais participativa (100). A relação entre o profissional de saúde e o paciente, estabelecida de acordo com esse modelo, é de dignidade e respeito, assim, deve haver a participação e a cooperação do paciente, familiares e profissionais de saúde (101).

De acordo com o referido modelo, a visão que se tem do paciente é integral. Todos que participam do cuidado em saúde empenham-se para diminuir a assimetria existente na relação, assim, é diferente do modelo biomédico do cuidado, no qual o foco é na doença e as decisões são tomadas apenas pela a equipe de saúde. O modelo centrado no paciente, quando aplicado nos cuidados em saúde, garante resultados satisfatórios para o paciente e para o profissional, além de propiciar impactos positivos na qualidade dos serviços (102). Esse modelo se propõe a assegurar ao paciente conforto físico e psíquico, visa amenizar o seu sofrimento e fornecer apoio emocional, bem como compreendê-lo de uma forma holística, diminuindo, assim, as angústias, medos e incertezas. Nesse sentido, os cuidados fornecidos pelos profissionais ao paciente devem ser de alta qualidade,

seguros e eficazes, baseados na dignidade, respeito e compaixão, logo, seus efeitos são mais benéficos (103).

Estudos sobre o cuidado centrado no paciente, que foram realizados pelo *Journal of General Internal Medicine* (104) revelam que, quando o paciente busca cuidados médicos no consultório, o foco de atenção do médico, ouvindo as queixas do paciente sem interrompê-lo, dura em média 11 segundos. Os pesquisadores analisaram 112 consultas registradas entre 2008 e 2015, em clínicas gerais em Minnesota e Wisconsin e na *Mayo Clinic*. A consulta com especialistas são as mais afetadas, cerca de 20% dos pacientes não foram autorizados a relatar a razão da visita para o profissional especializado (104).

O estudo é um reflexo do que ocorre com pacientes que buscam cuidados em saúde na maioria dos países do mundo e retrata as dificuldades de dialogar com o médico a respeito de suas queixas em uma consulta, demonstrando, assim, a importância e a necessidade de os médicos desenvolverem novos modelos de cuidado com o objetivo de melhorar a comunicação com o paciente, e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado. Assim, se o olhar do profissional de saúde fosse centrado no paciente, os conflitos bioéticos existentes em saúde mental seriam menores (11). O modelo do cuidado centrado no paciente torna o profissional capaz de reconhecer que o paciente não é apenas um ser biológico, mas também biográfico (105), inserido em contextos particulares e em determinada época. Assim, para que haja sucesso no tratamento é necessário ouvir, compreender, dialogar e respeitar.

3.3 DIREITOS HUMANOS DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL E DEFICIÊNCIA MENTAL

Pacientes com transtorno e deficiência mental estão entre os grupos mais suscetíveis à violação de direitos no âmbito dos cuidados em saúde. Diante deste contexto, pacientes, familiares, ativistas e estudiosos inconformados com os serviços oferecidos no tratamento em instituições de saúde mental se manifestaram e cobraram providências do Estado no que diz respeito à garantia de proteção a essas pessoas. Diante dessas necessidades, surgiram os DHP. Nota-se que pessoas com

transtorno e deficiência mental dividem a mesma origem na histórica na institucionalização de pacientes e na violação de seus direitos. Percebe-se que a luta é a mesma, a de garantir que seus direitos humanos sejam respeitados (106). Perante disso, o tópico subsequente abordará sobre transtorno e deficiência mental e a importância de se garantir proteção e ampliação de direitos para ambos os grupos.

3.3.1 Transtorno Mental e Deficiência Mental

Observa-se que, no contexto do cuidado em saúde, determinadas populações são mais vulneráveis a abusos e violação a direitos humanos, como as pessoas com transtorno que causam alterações no aspecto cognitivo, no processamento das emoções e no comportamento (107). Considera-se, no campo da saúde mental, que há pessoas com transtorno mental e com deficiência mental.

Quando a pessoa tem um transtorno mental persistente, que provoca impedimentos de período longo pode haver impactos na funcionalidade psíquica e social do sujeito, caracterizando uma deficiência mental. Todavia, cabe ressaltar que nem todo transtorno mental pode ser caracterizado como deficiência. Nota-se que deficiência mental não é sinônimo de transtorno mental, mas pode abarcar pessoas com transtorno mental (108).

Percebe-se que há diferenças entre ambas as definições, porém, a questão não é enfatizar e rotular esse grupo vulnerável, mas sim desconstruir as classificações nosológicas que foram impostas pelo saber-poder da psiquiatria, Estado e sociedade ao longo dos anos. O que se propõe é promover a mudança da percepção da sociedade e dos profissionais de saúde sobre o tema, promovendo a ruptura com velhos paradigmas que ainda existem sobre a pessoa com deficiência e transtorno mental. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, entende que a saúde de uma pessoa está interligada com seu bem estar físico, mental e social. A saúde mental é parte integrante da saúde do indivíduo. Fatores ambientais, socioeconômico e biológico podem influenciar na saúde mental da pessoa, o que demonstra a complexidade do sujeito. Uma

implicação importante de que a saúde mental é mais do que a ausência de transtornos mentais (6).

Considera-se também uma condição de bem-estar o desenvolvimento de habilidades de forma independente, de atividades laborais produtivas, da capacidade de lidar com situações normais de tensão no cotidiano e a contribuição para a comunidade (109).

O conceito de transtorno e deficiência mental tornou-se amplo, como pode ser observado no artigo 1º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Esse tratado é considerado como um dos mais avançados padrões internacionais de direitos humanos e foi adotada pela ONU em 2006 e pelo Brasil em 2008. O artigo abarca pessoas com transtorno mental como deficientes:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (CPDC artigo 1º, 2008) (110).

O novo conceito exemplificado da CPDC e em outros documentos visa eliminar a discriminação existente na sociedade para com essa população. O novo conceito é geral sobre deficiência, amplo a fim de não estigmatizar as pessoas, tem como objetivo não focar na doença, mas favorecer a mudança de cultura na sociedade sobre o assunto e levar à reflexão e à aceitação da diversidade existente no país, sem tentativas de buscar padrões de normalidade para pessoas com sofrimento psíquico.

Segundo o Relatório de Saúde Mental da OMS publicado em 2010, pessoas com transtorno e deficiência mental estão entre os grupos mais marginalizados nos países em desenvolvimento. Apesar de alguns Estados se comprometerem a concentrar seus esforços nos grupos mais vulneráveis na comunidade, muitos programas continuam a ignorar ou excluir este grupo vulnerável em particular. Por exemplo, entre 75% e 85% não têm acesso a qualquer forma de tratamento da saúde mental. O objetivo do documento é demonstrar que os programas de desenvolvimento e de combate à pobreza não estão contemplando de forma efetiva esse grupo. Essas pessoas continuam invisíveis e estão sendo negligenciadas, sofrem com a falta de oportunidades em todos os aspectos. É um problema existente e que deve ser combatido (111).

O status socioeconômico é um fator determinante para a saúde física e mental, assim como os fatores sociais. Esse último agrava a saúde mental das pessoas com transtorno e deficiência mental, através do empobrecimento, discriminação, maus-tratos, estigma e exclusão social, restrições ao exercício de direitos civis e políticos e a privação de liberdade, o que impacta negativamente na vida do indivíduo, na sua residência e nos serviços ofertados na saúde (112). No âmbito da saúde mental, foram estabelecidas normas específicas com o intuito de promover os direitos humanos dos pacientes com transtorno mental (107).

Segundo Amarante, as pessoas com transtornos mentais sofrem grandes desafios no exercício dos seus direitos, como a negação e a violação, por isso, devem ser pensadas e adotadas práticas fundamentadas no referencial dos Direitos Humanos. Para Amarante, o que ocorre nos dias atuais no Brasil é a anulação dos direitos humanos desse grupo vulnerável (113).

Nesse sentido, os instrumentos internacionais e documentos em saúde mental da ONU e da OMS são um marco importante na construção global de prescrições ético-jurídicas relativas aos pacientes, pois objetivam assegurar proteção e ampliar os direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais que, ao longo da história, foram negados às pessoas com transtornos mentais. Eles estabelecem obrigações para os Estados, a fim de fazer com que eles efetivem direitos dos pacientes em saúde mental, protegendo-os contra abusos. Com efeito, há uma correlação entre a efetivação dos direitos humanos dos pacientes, o seu bem-estar e melhores resultados em saúde. Uma pesquisa das OMS demonstra que os pacientes com transtornos mentais que buscavam atendimento na rede pública ou privada, em grande maioria, eram desprovidos de conhecimento sobre os seus direitos e isso os torna mais suscetíveis à violação destes (114). Neste estudo, serão abordados os documentos internacionais que versam especificamente sobre os direitos das pessoas com transtorno e deficiência mentais que se aplicam ao Estado brasileiro. Cabe destacar que o Brasil ratificou os tratados de direitos humanos fundamentais somente a partir do processo de redemocratização dos pais, iniciado em 1985 (115).

3.3.2. Conteúdo dos Direitos Humanos dos Pacientes em Saúde Mental

Como visto, os DHP se aplicam aos cuidados em saúde em geral, bem como a pacientes específicos, assim, neste tópico serão abordados os direitos que constituem o referencial dos DHP aos pacientes em saúde mental. Dessa forma, tem-se como desiderato enunciar o conteúdo de cada um dos direitos humanos no contexto dos cuidados em saúde mental. Serão abordadas ainda as violações que podem ocorrer com esse grupo vulnerável com o intuito de ilustrar a aplicação do referencial dos DHP na saúde mental.

Com base no referencial dos DHP, serão abordados o direito à vida, o direito à saúde, direito ao respeito pela vida privada, direito à informação, direito de não ser discriminado, direito à liberdade, direito de não de submetido a penas cruéis e a tratamento degradante. Esses direitos encontram-se previstos na Declaração Universal dos Direitos Humanos e em tratados de direitos humanos adotados no âmbito da Organização das Nações Unida (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização dos Estados Americanos (OEA), ratificados pelo Estado brasileiro. Serão abordados posteriormente em documentos internacionais (11,12).

3.3.2.1 Direito à Vida

A pessoa com transtorno mental ou deficiência mental possui o direito de obter um tratamento digno. O fato de a pessoa ter um problema de saúde ou transtorno não a torna menos humana (116).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) (95), em seu artigo 3º, e a Convenção Americana de Direitos Humanos (1969), em seu artigo 4º, versam sobre o direito à vida (117). Semelhantemente, o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (1966), em seu artigo 6º, considera que o direito à vida é inerente à pessoa humana e é protegido por lei (118). Em razão de o direito à vida ser fundamental e inerente a todos os seres humanos, há a obrigação do Estado em protegê-lo, bem como em investigar e punir de acordo com o procedimento legal eventuais violações a esse direito, por exemplo, a morte do paciente. Ademais, a

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) dispõe, em seu artigo 10º, que todos os Estados devem endossar que todo ser humano tem o inerente direito à vida e tomar as medidas necessárias para assegurar o efetivo exercício desse direito pelas pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. A Convenção compreende, assim, que o direito à vida em saúde mental implica em obrigações por parte do Estado, que tem o dever de impedir qualquer ameaça ao direito à vida e à integridade física da pessoa que se encontra em tratamento de saúde, como também deve dispor de mecanismos para evitar mortes no estabelecimento de saúde (110).

Para explicitar a violação do direito à vida que ocorre com pacientes em saúde mental, será relatado o caso de Damião Ximenes Lopes, paciente internado em uma Clínica Psiquiátrica e vítima de violação de direitos humanos, como também a decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos sobre esse caso, ocorrido na Casa de Repouso Guararapes, localizada no Município de Sobral, no Estado do Ceará (119).

A Casa de Repouso Guararapes era uma instituição psiquiátrica privada, conveniada com o Sistema Único de Saúde SUS. Ximenes Lopes tinha transtorno mental e foi internado para tratamento psiquiátrico em outubro de 1999. Nos relatos proferidos pela mãe, a Sra. Albertina Ximenes, consta que ela viajou 72km para visitar o filho, quatro dias após a sua internação. O funcionário da recepção tentou impedi-la de visitá-lo. Ao reencontrar Ximenes Lopes, ela o encontrou:

Com as mãos amarradas atrás, sangrando pelo nariz, com a cabeça toda inchada e com os olhos quase fechados, vindo a cair a seus pés, todo sujo, machucado e com cheiro de excrementos e urina. Que ele caiu a seus pés dizendo: polícia, polícia, polícia, e que ela não sabia o que fazer e que pedia que o desamarrassem. Que ele estava cheio de manchas roxas pelo corpo e com a cabeça tão inchada que nem parecia ele (119, p.21).

A funcionária da limpeza informou a Sra. Albertina Ximenes que os autores das agressões eram funcionários do estabelecimento que tinham a função de cuidar da saúde do paciente. A Sra. Albertina Ximenes retornou para casa e acreditava que o filho estava sob cuidados da Clínica, mas ao chegar a casa recebeu a notícia que o seu filho havia falecido. O médico responsável informou que a causa da morte teria sido causas naturais. Abalada com a morte, a família de Damião iniciou uma busca para investigar e responsabilizar os culpados pela morte de Damião Ximenes.

A irmã do paciente apresentou uma petição à Comissão Interamericana de Direitos Humanos – CIDH em face do Estado brasileiro pela violação ao direito à vida, à integridade pessoal, à proteção da honra e dignidade do seu irmão, Damião Ximenes, bem como a violação ao direito a recurso judicial. A sentença emitida pela Corte Interamericana aplicou as normas da Convenção Americana (1969) que consagra o direito à integridade pessoal e o direito à vida (artigos 4 e 5), à luz dos Princípios para a Proteção dos Direitos Doente Mental e para a melhoria dos cuidados de saúde mental, aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas (120).

A Corte Interamericana concluiu que a internação do paciente ocorreu em condições desumanas e degradantes e que a violação dos seus direitos resultou em sua morte. A instituição, os profissionais, gestores e o Estado infringiram as normas que garantiam a proteção à vida de Ximenes, que possuía transtorno mental, e se constata, de acordo com a sentença da Corte Interamericana, que as autoridades envolvidas no caso tinham a obrigação de proteger e assegurar a integridade física, mental e moral dos pacientes em saúde mental (115).

O Brasil foi condenado pela primeira vez pela Corte Interamericana no caso de violação aos direitos humanos que resultou na morte do paciente Ximenes Lopes. A Corte determinou que o Estado brasileiro adotasse medidas para reparar às violações no âmbito dos cuidados em saúde mental, como investir em políticas públicas e programas de formação e capacitação para profissionais de saúde que atuem na área, a fim de evitar futuros casos de violações, como o de Ximenes Lopes (121). A história do paciente Ximenes Lopes retrata os inúmeros casos de morte e violações de direitos dos pacientes em saúde mental que ocorrem diariamente há décadas no Brasil. Este caso demonstra que há vários desafios na área de saúde mental a serem superados e que as pessoas com transtorno e deficiência mentais são vulneráveis e devem ter suas vidas e integridade físicas protegidas pelo Estado, que possui a obrigação de adotar ações para evitar que mais casos como esse ocorram nos serviços de cuidado em saúde mental.

3.3.2.2 Direito à Saúde

O direito à saúde encontra-se presente em vários documentos internacionais de direitos humanos e é considerado um direito essencial, relacionado ao acesso à saúde e às questões sanitárias. O direito à saúde implica, ainda, na proteção de liberdades, por exemplo, o direito de não ser submetido a tratamento médico sem o consentimento. Encontra-se relacionado, também, ao direito a um sistema de proteção à saúde, direito à prevenção e ao tratamento de enfermidades de saúde, direito ao acesso às medicações essenciais, ao acesso igual e oportuno aos serviços de saúde básicos, direito à educação e à informação sobre questões relacionadas à saúde, direito à participação das pessoas nas decisões que envolvam a sua saúde, assim como na participação em questões relacionadas com a saúde em nível comunitário e nacional. Para a concretização desse direito, vários fatores estão relacionados, desde o acesso a bens e serviços de saúde até a garantia de usufruir determinantes sociais da saúde (11).

Ressalta-se, também, que a parte essencial do direito à saúde é abarcar um sistema de saúde que seja adequado, eficiente, integrado, hábil e com qualidade (122). Segundo Hunt, então Relator Especial da ONU sobre direito à saúde, esse direito é essencial para todo ser humano e imprescindível para a prática de outros direitos humanos. Esse assunto foi discutido e oficialmente reconhecido pela primeira vez pela OMS (1946) (122).

Dessa forma, o direito à saúde passou a ser relevante e incorporado a tratados internacionais de direitos humanos, sendo associado a cuidados médicos. Assim, os Estados-membros se comprometeram a reformular sua legislação para respeitar e garantir a proteção a esse direito, sendo que suas ações e serviços devem ser executados de forma igualitária e sem discriminação, visando cuidados em saúde acessíveis, disponíveis e de qualidade (11,122). Segundo Hunt, a abordagem à saúde baseada no referencial dos direitos humanos impõe obrigações mais exigentes aos Estados, proporcionando, assim, uma melhora da saúde e do bem-estar dos indivíduos (123).

O direito à saúde contém quatro elementos: disponibilidade, acessibilidade, qualidade e aceitabilidade. A ausência ou a falha de qualquer um desses elementos pode gerar violação aos direitos humanos (123). Ressalta-se que o cuidado em

saúde deve ser realizado de forma a não propiciar danos e riscos à vida do paciente (11).

A discriminação e a estigmatização nos cuidados em saúde mental podem interferir negativamente no gozo do direito à saúde. Tanto a exclusão social como a desigualdade fragilizam ainda mais grupos vulneráveis, como as pessoas com transtornos mentais (124). Uma abordagem holística do direito à saúde envolve a promoção de educação em direitos humanos e o empoderamento de grupos vulneráveis, enquanto medidas necessárias para combater o estigma e a discriminação na sociedade como um todo, e, mormente, nos serviços de saúde.

Quanto à efetivação do direito à saúde na esfera da saúde mental, dados demonstram que 76 países (o que equivale a 75% dos países que responderam ou a 39% de todos os membros da OMS) expandiram ou inovaram a sua legislação no que diz respeito à saúde mental, de acordo com as normas regionais e internacionais estabelecidas. Constatou-se, também, que os recursos humanos e financeiros alocados para a implementação de políticas para a saúde mental são limitados: apenas 20% dos Estados-membros relataram que os indicadores de saúde mental em relação às metas globais acordadas estão disponíveis e sendo usados para monitorar a implementação das políticas direcionadas a esse âmbito (5). Os dados revelam que 80 % dos gastos públicos em saúde mental nos países de baixa e média renda são destinados a hospitais psiquiátricos. Em se tratando de recursos humanos, o número médio de trabalhadores de saúde mental é de 9 para 100.000 habitantes. No quesito promoção e prevenção da saúde mental, 123 países (o equivalente a 69% dos países que responderam à OMS ou 63% de todos os membros) possuem pelo menos dois programas nacionais de promoção e prevenção da saúde mental multissetorial. Dos quase 350 programas em funcionamento relatados, 40% tinham como objetivo melhorar a saúde mental, promover a alfabetização ou combater o estigma e 12% foram destinados à prevenção do suicídio (5).

Segundo dados da ONU no relatório especial apresentado na Assembleia Geral, estima-se que na escala global do orçamento da saúde apenas 7% do total é destinado à saúde mental, sendo o gasto maior com a saúde física (125).

Em países de baixa renda, menos de 2 dólares per capita são destinados para a área anualmente. A maior parte desse investimento é voltado para cuidados de longa permanência, em instituições e hospitais psiquiátricos, isso demonstra a

ausência de políticas de promoção no campo da saúde mental. O investimento nesse tipo de instituição asilar gerou inúmeros casos de violações aos direitos humanos, ocasionando, assim, o não desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental (125).

Pessoas com transtorno mental e deficiência mental têm o direito de obter um serviço com um alto padrão de qualidade. Como forma de combater às violações nos serviços de saúde mental ocorridos no Brasil e em outros países, a OMS dispôs uma ferramenta conhecida *Quality Rights* da OMS, que tem como objetivo melhorar as condições de qualidade e direitos humanos, assim como sustentar os direitos das pessoas com transtornos mentais nas unidades de saúde mental e assistência social de pacientes internados e em ambulatório. Através de um estudo sobre o assunto, a OMS observou que os atendimentos prestados em nível mundial eram, na maioria dos casos, sem qualidade, o que trazia impactos negativos na recuperação da pessoa (114).

Como forma de exemplificar a influência da qualidade do serviço ofertado na recuperação dos pacientes em saúde mental no Brasil, uma pesquisa realizada em 2008 e 2009 por Ventura, Moraes e Jorge evidencia a insatisfação dos pacientes com a qualidade dos serviços ofertados e a falta de capacitação dos profissionais no atendimento. A pesquisa foi realizada com profissionais de saúde (P) e clientes (pacientes) (C) do CAPS II (modelo substitutivo, com caráter aberto e comunitário, atende todas as faixas etárias, pessoas com transtorno mental grave e persistente) em um município localizado no interior de São Paulo. O objetivo do estudo era compreender o que significava direitos humanos para os participantes no âmbito dos cuidados em saúde, qual era a percepção dos pacientes e dos profissionais sobre a concretização desses direitos pelas pessoas com transtornos mentais e quais eram as sugestões para aumentar a efetividade da garantia deles. Com relação à definição do que seriam direitos humanos, um paciente entrevistado respondeu:

É muito difícil falar eu mesmo exigindo os meus direitos porque eu não exijo nada; por ter esses problemas a gente se sente tão inferiorizado, e eu acabo não me dando o direito a nada (cliente 4).

Na pesquisa, os profissionais de saúde perceberam a importância da informação e da conscientização para a efetivação dos direitos. “Acho, inclusive, que

a maior concretização seria a conscientização das pessoas que elas têm esses direitos, que elas não sabem disso” (profissional 5).

A respeito do tratamento oferecido pelos profissionais de saúde, o paciente relatou: “Já me aconteceu muita coisa, me lembro, mesmo profissional falar coisas indevidas, falta de respeito” (cliente 4).

Os pacientes relataram que para concretizar os direitos humanos em saúde era necessário atendimento de qualidade, mais informação, e, para ambas as partes, era importante o respeito na relação profissional de saúde. Acerca das violações dos direitos humanos identificadas, observa-se tratamento indevido e desrespeitoso para com o paciente, discriminação por parte dos profissionais e a falta de informação (126).

A pesquisa concluiu que para os profissionais e os pacientes as leis existentes não garantem a proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental. No Brasil, são notáveis os avanços nos cuidados em saúde mental nos últimos anos e o engajamento de muitos profissionais da saúde com o movimento da reforma psiquiátrica, a fim de efetivar as orientações sugeridas pela ONU, OMS e OPAS na reformulação da atenção em saúde mental e possibilitar a substituição das instituições manicomiais por serviços territoriais voltados para as comunidades nas quais os pacientes estão inseridos. No entanto, há vários desafios a serem superados, principalmente no que tange à gestão política de saúde mental, a começar pelo tratamento respeitoso, pela garantia dos direitos humanos dos pacientes de saúde mental e pelo aprimoramento, investimento e expansão nos serviços substitutivos baseados na comunidade. É relevante, também, avaliar a qualidade dos serviços ofertados em saúde mental, pois dessa forma podem ser identificados problemas existentes na prática profissional, e, a partir daí, serem elaboradas estratégias que efetivamente evitem a violação aos direitos dos pacientes (127).

3.3.2.3 Direito ao Respeito Pela Vida Privada

O direito ao respeito pela vida privada está ligado à questão da interferência na vida e aos danos que podem ser acarretados a partir disso. Esse direito abrange

a privacidade corporal, de informação de dados, de comunicação e territorial. No âmbito dos cuidados em saúde, são direitos frequentemente cerceados dos pacientes com transtorno mental e deficiência mental. A violação mais comum é o isolamento em instituições que privam o paciente do convívio familiar e social. Nesses locais, pacientes convivem em espaços pequenos e sem privacidade, não possuem objetos pessoais e locais onde possam guardar suas vestimentas. As normas de direitos humanos exigem que esses direitos não sejam infringidos, porém, esses tipos de violações ainda são comuns (128).

O direito à privacidade também implica no direito à autodeterminação, que abarca o direito ao consentimento informado. Assim, em caso de internação prolongada, o paciente tem o direito à liberdade.

O fato de a pessoa ter transtorno mental não significa que ela não tenha capacidade para tomar decisões e, portanto, não pode ser retirado dela o poder decisional sobre seu próprio corpo. O consentimento da pessoa tem que ser respeitado e levado em consideração (129). A internação involuntária ela só se aplica em casos extremos desde que haja uma motivação e que deve ser bem fundamentada e justificada. O paciente sempre tem o direito de contestar o pedido, podendo entrar com recurso em um órgão de revisão. Caso seja efetivada a internação, deve-se garantir a proteção através de leis contra danos e abuso de poder da instituição envolvida (125). A resolução A/HRC/36/L.25 determina que os Estados disponibilizem serviços centrados na pessoa com base na comunidade e embasado nos direitos humanos, com a finalidade de garantir qualidade de vida, independência, autonomia. Devem ser respeitadas as vontades e preferências do paciente, no que diz respeito sobre a própria vida. A resolução aconselha também, que os Estados possam disponibilizar medidas para que os profissionais de saúde ofereçam serviços de cuidado em saúde fundamentado no consentimento informado e no respeito à autonomia das pessoas com transtorno e deficiência mental (129). Cabe salientar que, a violação de direitos humanos do paciente no âmbito da saúde mental ocorre na maioria das vezes na tentativa de interferir na privacidade e na autonomia da pessoa com a justificativa de protegê-las. Com a percepção distorcida e estigmatizante muitos profissionais de saúde tem a concepção de que pessoas com transtorno ou deficiência mental são incapazes desempenhar um papel ativo e autônomo sobre sua vida e dessa forma prejudica-os, criam obstáculos, podendo agravar seu quadro de saúde. É fundamental que o profissional dialogue com o

paciente, escute, respeite e apoie suas escolhas que estão relacionadas as suas decisões sobre sua vida.

Os documentos internacionais, como os princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental estabelecem que pacientes confinados em locais fechados para tratamento e pessoas de privadas de liberdade possam ter direito a uma revisão periódica de sua internação, realizados por um órgão que seja independente e imparcial, conhecido como “corpo de revisão”. O órgão também deve assegurar que os procedimentos sejam garantidos pela legislação nacional (116).

Como consequência do direito à privacidade, o paciente com transtorno mental, nos casos de internação, tem o direito de se autodeterminar, e, também, de receber telefonemas, visitas e não ter sua correspondência violada (128). O paciente também tem o direito de interromper ou de recusar tratamento, não devendo, enquanto regra geral, ser realizado nenhum tratamento psiquiátrico ou terapêutico contra a sua vontade.

Embora existam normas que estabelecem a obrigação dos Estados em proteger a privacidade e a autonomia da pessoa com transtorno e deficiência mentais, ainda são frequentes no Brasil os casos de violação aos direitos humanos desses pacientes. Nota-se que o número de internações realizadas a pedido da família e de órgãos de assistência à saúde do Estado são altas, os pacientes ainda têm seus direitos cerceados, não são ouvidos e não conseguem exercer sua capacidade de decisão.

Nesses casos, terceiros realizam decisões que impactam negativamente na vida do paciente. A CDPD dispõe sobre o direito à proteção que o paciente com deficiência intelectual ou mental possui, reconhecendo-as como detentoras de direitos perante a lei (110). A CDPD foi responsável por promover mudanças de paradigma no campo da saúde mental e gerar impulsos para a desinstitucionalização. A partir da CDPD, foi identificado um modelo de assistência que respeita os direitos humanos de forma mais efetiva, o que implica em respeitar a capacidade jurídica da pessoa acometida com uma deficiência em igualdade de condições com outras pessoas sem deficiência (125).

Em 2011, a Health Foundation realizou uma pesquisa sobre as evidências de apoio ao autogerenciamento. O relatório destacou a importância de abordagens que auxiliem os pacientes a terem confiança, informações e apoio, visando ampliar os

direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais que, ao longo da história, foram negados às pessoas com transtorno e deficiência mental (130).

Igualmente, a privacidade engloba a confidencialidade dos dados pessoais do paciente, assim, deve existir a confidencialidade com relação às informações no âmbito clínico. A divulgação dos dados de registros e das informações contidas no prontuário não deve ser realizada sem o consentimento do paciente (11). As legislações nacionais de saúde mental devem garantir autonomia e respeito à privacidade das pessoas com transtorno mental e deficiência mental.

3.3.2.4 Direito à Liberdade

Nos cuidados em saúde mental, o direito à liberdade da pessoa refere-se à restrição do seu direito de ir e vir, assim, está relacionado às formas de privação da liberdade que podem envolver limitação de locomoção do paciente. A hospitalização involuntária seria uma violação do direito à liberdade, cometida contra pessoas com transtorno e deficiência mental (11).

O direito à liberdade é considerado um direito limitado, pois há previsão de sua restrição em documentos nacionais e internacionais, em casos considerados excepcionais, porém, negar a liberdade à pessoa apenas por ter problemas psíquicos e privá-la do convívio social sem justificativa plausível pode ser considerado uma violação de direito. Muitas internações sem o consentimento do paciente podem ser desnecessárias, ilegais e arbitrárias, o que pode agravar o seu estado de saúde (11).

As internações em condições de isolamento e confinamento prolongado ou indefinido, notadamente a institucionalização em meios fechados, têm uma influência negativa sobre a saúde mental e o bem-estar. Ser privado da liberdade traz uma grande carga emocional e a possibilidade de piora do quadro do paciente é alta. As pessoas segregadas nessas instituições sofrem com a separação dos familiares e da comunidade, perdem sua autonomia e controle sobre a vida cotidiana, passam a viver em um ambiente de medo, insegurança e são suscetíveis a passarem por todo tipo de humilhação. O isolamento das pessoas em instituições nega o seu direito de fazerem escolhas, ou seja, elas não possuem o direito de

escolher onde irão morar e viver, suas vidas são controladas por essas instituições (131).

Em muitas instituições ainda há ausência de profissionais de saúde, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, equipe mínima para atuar na reabilitação dos pacientes com transtorno mental e deficiência mental. No mesmo sentido, nessas instituições não são proporcionadas aos pacientes atividades construtivas e estimulantes, suporte emocional e preparo para o retorno às suas atividades cotidianas que foram interrompidas. A equipe de reabilitação é fundamental na recuperação do paciente e esse direito é violado em muitas instituições de longa permanência que privam o paciente da liberdade. Esses locais vão na contramão do que determina a legislação vigente (7).

3.3.2.5 Direito à Informação

A pessoa com transtorno mental tem o direito de receber informação sobre seu estado de saúde. O paciente, na realização de um tratamento, tem o direito de ser informado na sua admissão sobre todos os procedimentos que serão realizados. A informação deve ser transmitida de forma clara, acessível, atualizada e de acordo com o seu nível educacional, para que o paciente compreenda. Quando não for o desejo do paciente receber a informação, sua vontade deve ser respeitada. O paciente também possui o direito de estar ciente sobre os efeitos colaterais das medicações que possam ser prescritas. O relatório temático sobre o direito à saúde mental a resolução A/HRC/35/21 demonstra preocupação diante da falta de tomada de decisão dos pacientes no tratamento psiquiátrico, pois, conforme o observado nas visitas realizadas por Puras, relator da ONU, em várias partes do mundo averiguou-se que muitos pacientes não eram informados sobre as medicações de uso e os efeitos colaterais que poderiam existir (125).

Assim, os médicos em conjunto com a indústria farmacêutica acabam tomando decisões pelo paciente sem o seu consentimento, que impacta negativamente sua vida, violando seus direitos humanos. O argumento utilizado para tais práticas é que as pessoas com transtornos mentais são perigosas e que intervenções farmacológicas são sempre necessárias, perpetuando, assim, estigma

e exclusão. Ademais, conceitos paternalistas e excessivamente medicalizados devem ceder lugar à atenção participativa do paciente (125).

3.3.2.6 Direito de Não Ser Discriminado

A legislação é necessária para prevenir a discriminação contra pessoas com transtorno ou deficiência mental. Via de regra, a discriminação assume muitas formas, afeta diversas áreas fundamentais da vida da pessoa com transtorno mental ou deficiência mental, assim como demais grupos vulneráveis. A resolução 36/13 da ONU reconheceu que as pessoas com transtorno e deficiência mentais e os pacientes em cuidado de serviço de saúde enfrentam discriminação constantemente e de todas as formas, bem como o preconceito, estigma, abuso, exclusão social e tratamentos que desrespeitam a autonomia do sujeito. Como forma eliminar essas violações, o documento solicita que os Estados adotem estratégias de direitos humanos na saúde mental (125).

Essas estratégias são necessárias tendo em vista que a pessoa com sofrimento psíquico tem direito a igualdade de oportunidades, de participar na sociedade como as demais pessoas, porém, vários empecilhos dificultam a sua participação plena e ações discriminatórias impedem-na de exercer seus direitos (132). Segundo a Convenção Interamericana Contra Toda Forma de Discriminação e Intolerância (108); a discriminação é definida como sendo qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência, em qualquer área da vida pública ou privada, cujo propósito ou efeito seja anular ou restringir o reconhecimento, gozo ou exercício, em condições de igualdade, de um ou mais direitos humanos (108).

A discriminação pode ser embasada na identidade e expressão de gênero, nacionalidade, opinião política, posição socioeconômica, nível educacional, condição de migrante, refugiado, deficiência, estado de saúde física ou mental, condição psíquica incapacitante ou qualquer outra condição. Abusos e práticas discriminatórias contra pacientes com transtorno mental ainda são frequentes e eles sofrem constantemente com o estigma na sociedade. Ao longo da vida, o paciente em saúde mental enfrenta diversos obstáculos na aquisição de um emprego, em

suas relações sociais, para ingressar nos serviços de saúde e se manter neles (132,133).

Percebe-se, assim, que a discriminação e a desigualdade são consequências de uma saúde mental de baixa qualidade e insuficiente. Os rótulos e estereótipos são danosos, assim como os estigmas na sociedade e no seio familiar distanciam as pessoas em sofrimento psíquico que tanto necessitam de apoio emocional. Devido a essas condutas discriminatórias, os pacientes com transtorno mental têm seu sofrimento psíquico acentuado. Importante ressaltar, também, que as práticas de profissionais que atuam em saúde mental devem ser respeitadas. O médico, ao emitir um diagnóstico de transtorno ou deficiência, deve ter cautela, pois isso causa impacto e mudanças na vida da pessoa e de seus familiares. Muitos profissionais consideram os diagnósticos úteis para acessar os serviços e para poder compreender melhor a saúde mental do paciente, porém, existem outros que os consideram pouco úteis e estigmatizantes. Cabe ressaltar que o problema não são os diagnósticos, mas sim as práticas abusivas que afetam as pessoas diagnosticadas, gerando sofrimento e agravamento de sua saúde mental (125). Dessa maneira, a legislação é necessária para prevenir a discriminação contra pessoas com transtornos mentais, pois ela gera consequências negativas em suas vidas (108).

Como forma de demonstrar as situações de discriminação vividas pelos pacientes de saúde mental, foi realizado um estudo publicado pela revista Cambridge, em 2010, sobre a discriminação da pessoa com transtorno mental nos serviços prestados pelos profissionais de saúde. As informações coletadas demonstraram a baixa qualidade dos atendimentos oferecidos. Os pacientes apontaram em seus relatos experiências nas quais os profissionais de saúde os tratavam de forma insensível e muitos foram desrespeitosos. Cabe ressaltar que essa percepção dos pacientes impacta negativamente na sua recuperação. A insatisfação com o tratamento terapêutico e a abordagem no contato com pacientes fazem com que muitos abandonem o tratamento, por sentirem-se estigmatizados e discriminados nos serviços de saúde mental. Percebe-se com a pesquisa que a discriminação continua a influenciar os serviços de cuidado em saúde, privando, desta forma, os pacientes de variados direitos. A função do Estado, das políticas públicas, da especialidade médica psiquiatria e das associações em saúde mental é

assegurar que na atuação do profissional de saúde não sejam perpetuados o estigma e a discriminação (134).

3.3.2.7 Direito de não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos e degradantes

Pessoas com deficiência intelectual e transtorno mental são vulneráveis à violência, abuso e exploração. Essas práticas ocorrem principalmente quando elas se encontram em situação de dependência, são suscetíveis a sofrerem abusos físicos e mentais de familiares, cuidadores e de profissionais de saúde. As violações podem acometer essas pessoas no contexto de cuidados em saúde, para protegê-las dessas práticas abusivas existem diretrizes detalhadas para os países, documentos internacionais, legislações, programas e mecanismos de prevenção para enfrentar essas violências (108).

O direito de não ser submetido à tortura e a tratamento cruel, desumano ou degradante protege os pacientes com transtorno e deficiência mentais contra abusos ou negligências graves que podem ferir a sua integridade ou causar riscos a sua vida. Esse direito consta no artigo 3º da Declaração Universal dos Direitos Humanos e é absoluto ao garantir que o paciente não sofra nenhum tipo de violência por parte de funcionários em locais públicos ou privados (95). Pacientes não podem ser submetidos a tratamentos desumanos ou degradantes, tratamentos que provoquem dor; à falta de tratamento medicamentoso que os levem a sofrimento; ao uso indiscriminado de medicação sem o consentimento, o uso de força excessiva para submetê-los a algo que eles não desejam abuso físico ou mental e outros fatores que causem o agravamento da saúde mental (135).

Para que se configure um ato de tortura contra uma pessoa com sofrimento psíquico, é necessário analisar se estão presentes os quatro elementos da definição da Convenção Contra a Tortura da ONU: dor ou sofrimento severo, a intenção, o propósito e participação do Estado. No artigo 16 da Convenção Contra a Tortura, os atos não abrangidos por essa definição podem constituir penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (136). O Relator Especial da ONU, Juan Méndez, analisou as formas de tortura e maus-tratos cometidas no contexto dos

cuidados em saúde. Segundo Méndez, a aplicação do conceito de abusos no contexto de saúde, como tortura e maus-tratos, é um fenômeno recente (136). A análise de tais situações nos cuidados em saúde é fundamentada na definição das violações que estão previstas na Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (137).

A Convenção, portanto, é um documento de relevância para os países, pois garante a proteção do direito da pessoa a não ser submetida a práticas que violem a sua integridade física e psicológica. O Brasil, como Estado parte da Convenção, se comprometeu a combater as violações desse direito no país. A tortura é considerada um dos atos de violações que causam prejuízos irreparáveis, pois retira a dignidade humana, além de agravar quadro de saúde da pessoa em sofrimento. A proibição da tortura e do tratamento cruel, desumano ou degradante encontra-se interligada com o conceito de dignidade humana. No âmbito dos cuidados em saúde, a dignidade humana implica o comando no sentido de que todo paciente possui valor intrínseco e é provido de dignidade. Assim, três princípios decorrem da ideia de dignidade humana nos cuidados em saúde: princípio do respeito à pessoa, princípio da vedação ao tratamento humilhante, desumano ou degradante, princípio da não instrumentalização, que é definido como não tratar o outro como um objeto (138). A não instrumentalização foi utilizada como máxima por Kant em que o homem a partir da razão se reconheceria no outro como seu semelhante, não meramente como um valor relativo, mas como um valor absoluto como premissa para o valor na constituição da dignidade humana. Neste sentido, quando atribuímos ao homem independente de raça, cor, gênero ou com transtorno mental um valor absoluto como exposto por Kant ou como presente no documento da Convenção, esse valor implica em direitos, mas também em respeito ao ser humano em sua totalidade como pessoa, sendo assim, a dignidade fundamenta-se na autonomia, ainda que não exercida amplamente como, em alguns casos de pacientes com transtornos mentais graves não implicando em retirá-la destas pessoas como se estas não existissem, ou não dispusessem de outros meios para alcançá-la. As pessoas com transtornos mentais como quaisquer outras do planeta, agregam também o valor absoluto da dignidade humana, pois seus sentimentos, desejos, corpo, vida não é diferente das demais pessoas, apenas são acometidas por algum tipo de distúrbio que pode e deve ser tratado com cuidado, respeito e com geração de direitos, sem abusos ou quaisquer tipo de violência ou práticas desumanas (139).

Para coibir práticas abusivas contra o paciente de transtorno mental, faz-se necessário também o monitoramento realizado por órgãos competentes e mecanismos legais, a disponibilização de locais e ouvidorias específicas que acolham denúncias no caso de violação de direitos humanos.

Deve ser levado em consideração que a condição do paciente é de fragilidade e de impotência perante os profissionais de saúde e que a pessoa que busca um serviço saúde se encontra, de certa forma, dependente do profissional e do serviço ofertado. O isolamento de pessoas em ambientes fechados deve ser proibido de forma absoluta, pois o isolamento dessas pessoas com problemas psicológicos ou intelectuais as torna suscetíveis a práticas abusivas, como são demonstrados em diversos casos (133). O Estado tem a obrigação de impedir a tortura e isso se aplica não apenas aos funcionários públicos e agentes da lei, mas também aos médicos, profissionais de saúde e agentes sociais, trabalhadores, incluindo os que trabalham em hospitais privados, outras instituições e centros (136).

Sobre a perspectiva dos Direitos Humanos, os Estados têm a obrigação de criminalizar os atos de tortura, processar pessoas que perpetuem tais práticas, impondo a elas penalidades de acordo com a gravidade da ofensa e fornecer reparação às vítimas, que devem receber proteção legal mais efetiva (133,136).

De acordo com o artigo 15º da CDPD, as pessoas com deficiência têm o direito de não serem submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes, e, em particular, à experimentação científica ou médica. A CDPD ainda contém a obrigação dos Estados de adotarem todas as medidas legislativas, administrativas ou judiciais, dentre outras, para proteger pessoas com transtorno e deficiência mentais contra tortura ou maus-tratos, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. O artigo 16º proíbe a violência, o abuso e a exploração de pessoas com deficiência intelectual e com transtorno mental. No mesmo sentido, o artigo 17º reconhece o direito de todas as pessoas com deficiência de terem respeitadas a sua integridade física e mental (110). Nota-se que existe uma falta de comprometimento por parte dos centros de internação para tratamento em saúde mental em proteger os direitos humanos do paciente. Sabe-se que as internações forçadas estão previstas na legislação de muitos países, como no Brasil (internação involuntária e compulsória), e podem ser adotadas como forma de resguardar a vida do paciente, porém, muitas vezes tais práticas não garantem a proteção à vida e aos direitos humanos (133).

Como forma de combater as violações de direito no âmbito dos cuidados em saúde, foi criado no Brasil o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), que integra o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, de acordo com a Lei nº 12.847. O MNPCT é composto por especialistas responsáveis por fiscalizar instalações de privação de liberdade, como hospitais psiquiátricos, para verificar se práticas abusivas estariam sendo cometidas nessas instituições (9). A fiscalização mais recente realizada pelo MNPCT ocorreu no início do mês dezembro de 2018. Entre os 40 hospitais inspecionados, um era da capital federal Brasil, localizado em Taguatinga. Constatou-se que havia 90 pacientes internados no local, mais do que o cadastrado no sistema (8).

Os peritos relataram uso de cassetete por vigilantes que não tinham capacitação para lidar com os pacientes. A estrutura física era precária: falta de camas, lençóis, toalhas para pacientes se enxugarem, colchões espalhados no chão do hospital, falta de acesso à água potável. Pacientes considerados agressivos eram amarrados por dias. Existiam pacientes no local que estavam internados há mais de dez anos (8). Segundo o especialista, pacientes relataram o desejo de deixar o local, mas eram impedidos (8). Com a divulgação dessa fiscalização, percebe-se claramente como as pessoas com transtorno mental são vulneráveis às violações e como ainda são silenciadas e desrespeitadas. Mais uma vez se nota que o modelo asilar ainda não foi superado, ele continua a existir.

O Estado deve reforçar a proibição da tortura, promover a responsabilização pelos maus-tratos cometidos, monitorar sistematicamente para receber reclamações e iniciar processos judiciais para quem cometa essa prática. Deve proporcionar educação, capacitação, informação sobre os direitos humanos, a assistência médica e familiar, promovendo, assim, uma cultura de respeito, pautada nos direitos dos pacientes (133).

É necessário também orientar os pacientes sobre seus direitos no contexto dos cuidados de saúde e eliminar intervenções psiquiátricas forçadas, que se baseiam unicamente no fato de a pessoa apresentar uma deficiência ou um transtorno. A substituição do tratamento forçado por serviços de saúde na comunidade deve ser realizada. Os serviços devem atender às necessidades expressas por pessoas com transtorno mental e respeitar a autonomia, as escolhas, a dignidade e a privacidade da pessoa, com ênfase nas alternativas ao modelo médico de saúde mental (133).

3.3.3 Documentos Internacionais Sobre Direitos Humanos em Saúde Mental

Nesta conjuntura, serão abordados os documentos de direitos humanos em saúde mental que se aplicam ao Estado brasileiro, são eles: a) Declaração de Caracas; b) Resolução 46/119 de 1991, da Assembleia Geral das Nações Unidas, sobre Princípios para a Proteção das Pessoas com Doenças Mentais e Melhoria dos Cuidados em Saúde Mental, também considerada um documento relevante para a reforma psiquiátrica (108); c) Resolução A/HRC/36/L.25, do Conselho dos Direitos Humanos da ONU (125) e d) Plano da Organização dos Estados Americanos (OEA), onde consta a Recomendação (2004)10, relativa à Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade de Pessoas com Transtorno Mental, de 2004 (108). Esses são os principais documentos internacionais no âmbito da ONU, OMS e OEA que estão relacionados aos direitos da pessoa nos cuidados em saúde mental e que podem ser utilizados como diretrizes para promulgar leis e efetivar políticas públicas que possam auxiliar essas pessoas a receberem um serviço de saúde mental digno e com qualidade.

Serão abordados ainda alguns documentos internacionais de relevância para a saúde mental, como o Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental (140) e os dois relatórios produzidos pelo Relator Especial sobre o Direito à Saúde da ONU: primeiro sobre Deficiência Mental e Direito à Saúde (141) e o Relatório sobre o Direito à Saúde Mental (125). Esses Relatórios são temáticos e investigam situações específicas, consistem em instrumentos estratégicos que analisam informações, apresentam resultados de acompanhamento e expressam preocupação com os problemas de direitos humanos, defendem uma mudança positiva e propõem recomendações para ação corretiva.

- a) A Declaração de Caracas foi adotada pela OMS em 1990, um documento que inicia as reformas em saúde mental nas Américas, considerado de relevância para o país na área de saúde mental. A Declaração propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica, vinculada à atenção primária de saúde e aos marcos dos sistemas locais de saúde, no qual concede melhorias na assistência à saúde com implantação de modelos alternativos centrados na comunidade e

nas suas redes sociais. O documento estabelece direitos básicos as pessoas com transtornos mental e deficiência mental (108).

- b) A Resolução 46/119 de 1991, da Assembleia Geral das Nações Unidas, enuncia princípios para a proteção de pessoas com transtorno e deficiência mentais e objetiva a melhoria da assistência à saúde mental. Os princípios são norteadores das ações dos Estados com o objetivo de garantir o respeito aos direitos ao paciente de saúde mental, garantir sua proteção e segurança. Sua aplicação deve ser sem discriminação. Os princípios fundamentais para garantia de melhoria na saúde mental são: liberdades fundamentais e direitos básicos, proteção de menores, vida na comunidade, determinação de doença mental, exame médico, confidencialidade, papel de comunidade e cultura, padrões de cuidado, tratamento e medicação (108).
- c) A Resolução A/HRC/36/L.25, do Conselho dos Direitos Humanos da ONU, referente aos Direitos Humanos em Saúde Mental, traz recomendações relevantes sobre o direito das pessoas com transtorno mental e deficiência intelectual/mental, como a necessidade de o Estado dispor de apoio para o paciente tomar decisões e fazer suas escolhas. A Resolução reafirma também as obrigações do Estado de proteger, promover e respeitar todos os direitos humanos e garantir a liberdade fundamental dessas pessoas, além de se comprometer em promover serviços de cuidado em saúde em conformidade com os padrões de direitos humanos. Determina que o Estado deve adotar, aplicar, atualizar, reforçar e supervisionar normativas e políticas públicas, com o objetivo de eliminar práticas que violem os direitos do paciente. O documento versa também sobre a importância da adoção de práticas que incluam efetivamente a participação das pessoas com transtorno mental e deficiência mental na sociedade, em condições de igualdade com as demais e a necessidade de proporcionar um tratamento com uma abordagem holística, que considere o contexto da pessoa (125).

A Resolução aborda a importância do Estado em reconhecer a participação da sociedade civil em discussões sobre a temática e formular de políticas públicas. Traz também a necessidade da capacitação da equipe da saúde e dos serviços sociais. Destaca a relevância de integrar os serviços de

saúde mental aos cuidados de saúde primário e aos serviços comunitários, de forma a proporcionar efetividade na reabilitação do paciente. Exige que o Estado abandone práticas que desrespeitam os direitos dos pacientes e o obriga a criar serviços de base territorial, comunitário e que não incentivam o excesso de medicalização. A Resolução trata do investimento em treinamento médico para respeitar a autonomia e os desejos das pessoas em sofrimento psíquico e busca assegurar que os pacientes possam receber atendimento com a mesma qualidade que as demais pessoas, com base no consentimento informado. Ademais, estabelece que os profissionais tenham consciência dos direitos humanos dos pacientes e que estes possam ser aplicados no seu cotidiano, garantindo, assim, a autonomia e dignidade deles (125).

- d) No plano da Organização dos Estados Americanos (OEA), tem-se a Recomendação (2004)¹⁰, relativa à Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade de Pessoas com Transtorno Mental, de 2004. Esse documento denota que as pessoas com transtornos mentais e deficiências mentais têm proteção específica de seus direitos humanos, reconhecidos pelas organizações internacionais. A recomendação propõe que os Estados membros ampliem a dignidade, os direitos humanos e as liberdades fundamentais para as pessoas com transtornos mentais que são submetidas, especificamente, à internações involuntárias (108).

O Relatório da Saúde Mental, com o enfoque em saúde mental, tema: “Nova concepção e nova esperança de 2001” (140), foi considerado um dos documentos fundamentais que reforça um modelo de saúde voltado para as questões biopsicossociais do paciente com transtorno mental. Ele ressalta a necessidade da desinstitucionalização, de proporcionar cuidados em saúde baseados na comunidade e a importância de evitar agravos, como o estigma e a discriminação. Assim, o Relatório da OMS expôs uma nova perspectiva e forma precursora de se pensar e atuar em saúde mental. Considerou que os fatores biológicos, genéticos, social e ambiental, quando integrados, podem causar danos cerebrais e mentais, mostrando, assim, que saúde mental e física estão interligadas (140).

A OMS enuncia nesse documento que a saúde mental foi durante muito tempo esquecida e merece atenção, pois é responsável pela promoção do bem-

estar das pessoas na sociedade, assim, deve ser analisada mundialmente a partir de uma nova ótica. Alguns direitos humanos deveriam ser observados no contexto dessa nova perspectiva, como o direito da pessoa com transtorno mental de não sofrer discriminação; o direito do paciente de ser acolhido na medida do possível em seu território/comunidade; o direito de ser tratado de forma menos invasiva e restritiva possível, em um espaço físico menos limitado (138).

O Relatório sobre Deficiência Mental e Direito à Saúde, de fevereiro de 2005 (E/CN.4 /2005/51), do então Relator Especial sobre o Direito à Saúde da ONU, Paul Hunt, utiliza o termo “deficiência mental” para tratar também de pessoas com transtornos mentais. Ressalta nesse documento o direito ao gozo do mais alto nível possível de saúde física e mental. Destaca vários aspectos, dentre eles, a não discriminação, assistência internacional, cooperação e direitos, entre eles, o direito à integração comunitária e ao consentimento para o tratamento. O Relator Especial recomendou que os Estados aprimorassem e ampliassem as políticas e providenciassem ações legais voltadas para saúde mental com o intuito de garantir o direito à saúde e outros direitos humanos de pessoas com deficiências e transtornos mentais. Quando pertinente, o Estado deve solicitar a cooperação técnica da OMS ou da Organização Pan-americana da Saúde – OPAS e o auxílio financeiro de doações destinadas a serviços de saúde mental. O Relatório ainda estabelece que o Estado deve desenvolver programas de prevenção voltados para saúde mental, assim como o tratamento baseado na comunidade e que seja incluso no tratamento abordagens de direitos humanos, levando em consideração a autonomia, participação e inclusão do paciente (141).

O Relatório sobre o Direito à Saúde Mental, do atual Relator Especial sobre o Direito à Saúde, Dainius Puras, guiado pelos princípios da Carta das Nações Unidas e demais documentos internacionais, recomendou mudanças radicais nos cuidados de saúde mental em todo o mundo e incitou os Estados, médicos-psiquiatras e profissionais de saúde para que atuassem com firmeza em uma reforma efetiva, de forma a eliminar práticas "desatualizadas" e "obsoletas". Assentou ainda que as práticas em saúde mental devem ser baseadas em medidas ativas na perspectiva dos direitos humanos, como forma de eliminar a exclusão social, a discriminação e maus-tratos, promovendo, dessa forma, os direitos humanos e a participação dos pacientes na sociedade. Considera, também, que os fatores socioeconômicos, ambientais e de saúde devem ser abordados de forma integral. O Relatório

recomenda que os Estados formulem políticas públicas a fim de favorecer programas de prevenção, de capacitação para os profissionais de saúde e demais áreas envolvidas para que atendam esse grupo de forma intersetorial, garantindo, assim, serviços primários e comunitários eficazes que promovem e respeitam a dignidade, a liberdade e a segurança do paciente, bem como garantam a sua inserção social igualitária (125).

O documento também cobra dos Estados o abandono de práticas que violam os direitos dos pacientes, como o uso de medicação excessiva, diagnósticos tendenciosos, tratamento inadequado e desrespeitoso e que o mantenha em confinamento. O Estado como responsável prioritário, deve providenciar medidas que garantam que os profissionais envolvidos proporcionarão melhores práticas e técnicas terapêuticas e que haverá qualidade no serviço de cuidado em saúde mental e respeito ao consentimento informado do paciente. A atuação deve ser realizada de forma integral e em conjunto com outros setores, como instituições e organizações da sociedade civil, a fim de garantir a integridade e os direitos da pessoa com transtorno mental (125).

4 ANÁLISE DAS NARRATIVAS DE NISE DA SILVEIRA

Neste capítulo, serão apresentados os resultados que foram obtidos com a análise dos dados. Por fim, tem-se o escopo de formular a aproximação teórica entre Nise da Silveira e o referencial dos DHP a partir de análise das narrativas de Nise da Silveira.

O resultado obtido ao final com análise do material foi a seleção de 6 materiais audiovisuais. Entre os materiais selecionados, está um filme que não se encontra disponível na rede de compartilhamento *Youtube*, sendo necessário fazer o uso de uma plataforma conhecida como *Now* para acessar o material, trata-se do filme “Olhar de Nise”. A seguir, será descrito o material videográfico selecionado, os cinco vídeos e um filme.

Vídeo 1. 1º Entrevista: *Será que Nise da Silveira teve seu trabalho reconhecido em vida?* (142). O vídeo utilizado é o recorte de uma entrevista com duração de 04:46s, postado e dirigido pelo canal Tome Ciência – Programa 31, em 13 de junho de 2016, como parte de um programa televisivo cujo tema era saúde mental. O vídeo recortado continha 6.106 visualizações em 2017, sendo esse número maior do que o total de acessos do vídeo completo com duração de 30:07s. A matéria original é do ano de 1988. As cenas foram gravadas no escritório e a repórter que entrevistou Nise da Silveira em sua residência chamava-se Marcia Leite.

Nesta entrevista, Nise da Silveira fala sobre a Terapia Ocupacional como disciplina científica e a sua percepção sobre a “loucura”, o estigma e a discriminação do paciente. Retrata as suas experiências na prisão Frei Caneca, no Rio de Janeiro, durante a ditadura de Getúlio Vargas, em meados da década de 30 do século passado e o reconhecimento do seu trabalho. Ela alega que o seu trabalho à frente do Museu do Inconsciente não foi merecidamente reconhecido pela comunidade científica brasileira. Segundo a entrevistada, o seu trabalho desenvolvido era visto como um lugar de arte e de diversão, o que não refletia a real proposta da criação do Museu Imagens do Inconsciente.

Vídeo 2. 2º Entrevista: *Dra. Nise da Silveira* (143) com duração de 6:39s. O vídeo foi postado em 6 de maio de 2012, pela conta de Alservinori e teve 12.711

visualizações, em 2017. O vídeo é um recorte de um programa da Rede Globo de TV, apresentado por Regina Duarte – Prêmio Personalidade Global Feminina, conferido pelo Jornal O Globo e a Rede Globo de Televisão, em 1974. Não há dados na plataforma sobre o vídeo original. A entrevista foi realizada apenas como participação de Nise da Silveira, em seu escritório.

Nise da Silveira, neste vídeo, fala sobre sua personalidade, forma de ser e agir, relata sobre sua atuação profissional com pacientes esquizofrênicos. Ela é premiada como personalidade global feminina e divide seu prêmio com mulheres que estiveram presas com ela na época da ditadura de Getúlio Vargas, em meados da década de 30. Relata, também, sobre como conseguiu compreender as pinturas realizadas pelos seus pacientes e os seus delírios, para poder ajudá-los no seu tratamento. Para compreender o mundo interno de seus pacientes, a médica organizou em um espaço no hospital o setor de terapia ocupacional, e, neste espaço, foram criadas oficinas que continham atividades expressivas. Com o auxílio da psicologia analítica e da mitologia grega, a médica conseguia compreender e reconstruir as histórias de vida dos seus pacientes que tinham dificuldades de se comunicar. O vídeo é finalizado com a médica explicando como conseguiu estabelecer o vínculo com os pacientes e sobre a importância da relação médico-paciente.

Vídeo 3. 3º Entrevista: *Nise da Silveira, uma vida como obra de arte* (144), com duração 1h:26:29s, foi postado pela conta Nu-Sol, em 9 agosto de 2016. O vídeo foi gravado na cidade do Rio de Janeiro, em setembro de 1991, no escritório de Nise da Silveira, na Casa das Palmeiras e no Museu de Imagens do Inconsciente. O vídeo contém cenas do espetáculo "ARTAUD", com a participação do ator Rubem Côrrea, gravado em São Paulo, agosto de 1991, no Teatro de Arte. O vídeo conta com a participação de Nise da Silveira e Rubem Correa. O roteiro, edição e a direção foi de Edson Passetti, a pesquisa foi realizada por Edgard de A. Carvalho e Edson Passetti. A produção executiva foi realizada por Beto Tibiriçá, as câmeras os responsáveis foram Heitor Costamilan e Pedro T. Nogueira. Os editores foram Celso C. Toledo e Paulo Weidebach. As músicas apresentadas foram "Tanz", de Carl Orff, e "Serei Feliz", de V. Cantuária, Marina Lima e R. Bastos.

O filme é uma retrospectiva da biografia de Nise da Silveira, trata da sua atuação profissional, a sua percepção da relação médico-paciente e o tratamento oferecido aos pacientes com o modelo biomédico. O vídeo mostra imagens das

obras dos pacientes e cenas do espetáculo “Artaud” – a obra traz as vivências do poeta, ator, dramaturgo e escritor francês que foi internado em um hospital psiquiátrico por anos. Quando esteve internado no manicômio, Artaud expressava por escrito e em obras teatrais seu sofrimento. Nise da Silveira relata que Artaud influenciou suas teorias e práticas profissionais. No vídeo, a médica explica certos aspectos emocionais e fisiológicos dos pacientes esquizofrênicos. Relata sobre a 1ª Exposição das obras dos pacientes em São Paulo, sobre a sua preocupação com o futuro dos pacientes ex-internos dos manicômios, denominados na época por Nise de egressos e com os pacientes que eram autores dos quadros expostos em São Paulo. Nise da Silveira fala sobre as técnicas, os métodos utilizados como intervenção no tratamento dos pacientes, faz crítica ao Estado e ao modelo biomédico no tratamento do paciente. Aborda de forma crítica as formas invasivas e deficientes dos tratamentos utilizados pelos médicos psiquiátricos, como a utilização da contenção química (medicamentos) nos hospitais psiquiátricos.

Vídeo 4. 4ª Entrevista: *Nise da Silveira - Posfácio: Imagens do Inconsciente* (145), é um recorte do filme *Imagens do Inconsciente*. O vídeo foi postado em 23 de abril de 2016, pela conta de Lara Simonetti Racy, com duração: 1:20:29s e continha 65.355 visualizações, em 2017. O filme original possui duração de 205 minutos e foi filmado nos dias 15 e 19 de abril de 1986. O diretor do filme é Leon Hirszman. O filme contou com a participação de Nise, com intervenção de Luiz Carlos Mello (Lula) e Luís Carlos Saldanha. Foi filmado no formato de resolução de 16 mm. O responsável técnico pela fotografia e câmera foi Luís Carlos Saldanha e a assistente Regina Neves. A produção de Leon Hirszman, coprodução da Embrafilme e edição em 2014. Foi gravado no escritório de Nise da Silveira.

O longa-metragem é dividido em três episódios: *Fernando Diniz – Em busca do espaço cotidiano*; *Adelina Gomes – No reino das mães*; *Carlos Pertuis - A barca do sol*. Esses três personagens foram pacientes da médica e apresentaram progresso no tratamento com o novo método aplicado por Nise da Silveira. No início da entrevista, o diretor faz algumas colocações sobre o objetivo do filme e fala sobre o roteiro da entrevista com Nise da Silveira, porém, a médica faz sugestões de alterações, por exemplo, para que o filme não faça apenas críticas, mas que proponha soluções para os obstáculos enfrentados no serviço de saúde mental, naquela época, no ano de 1986. O filme aborda o pioneirismo das ações de Nise da Silveira como médica na saúde mental, suas contribuições para melhoria dos

cuidados em saúde no serviço público, suas inquietações a respeito das necessidades de mudanças em prol da saúde dos internados em hospitais psiquiátricos a preocupação com os ex- internos (egressos). Nise da Silveira ainda faz crítica ao Estado e fala sobre sua postura de indiferença frente à dor e ao sofrimento dos pacientes. Aborda os ciclos de internação dos pacientes, sua marginalização e exclusão da sociedade. Propõem estudos humanísticos para mudar a situação, alternativas e faz um apelo às autoridades e aos colegas da época.

Vídeo 5. 5ª Entrevista: *Nise da Silveira Do mundo da Caralâmpia à emoção de lidar* (146), foi dividida em três partes, com duração total: 1:16:02s. O vídeo foi filmado nos dias 03 e 04 de agosto 1992, por Luís Gonzaga Pereira Leal e Rubem Rocha Filho. Foi postado pela conta de Gonzaga Leal, em 2012, continha no total 60.405 visualizações, em 2017. A entrevista contou com a participação de Nise e com a intervenção de Gonzaga Leal e Rubem Rocha. O vídeo foi gravado na cidade do Rio de Janeiro, no escritório de Nise da Silveira.

Na entrevista concedida para Leal, Nise da Silveira relata sobre os autores que foram importantes para sua formação e atuação e expressa suas preocupações com o futuro da saúde mental no Brasil. Nise da Silveira questiona o modelo médico adotado à época e fala sobre a antipsiquiatria. Relata também sobre o tratamento proposto por ela, a terapêutica ocupacional como método inovador no tratamento de pacientes psicóticos. Por fim, fala de suas experiências profissionais com pacientes com transtornos mentais.

1 – Filme disponível na plataforma *Now: Olhar de Nise* (147), com duração 1h:30m. O filme foi lançado no dia 8 dezembro de 2016. A direção foi de Jorge Oliveira e Pedro Zoca. O elenco de Mariana Terra, Rafael Cardoso e Nando Rodrigues. O roteiro de Jorge Oliveira, a produção executiva da Ana Maria Rocha, o produtor executivo também foi Jorge Oliveira. A equipe técnica contou com o diretor de fotografia André Lavenère, a montadora Ana Maria Rocha e Dirceu Lustosa, com a figurinista Elisa Faulhaber e o engenheiro de som Marcos Manna. No filme consta uma entrevista com a médica Nise da Silveira, sua última entrevista registrada antes do seu falecimento. O documentário narra a história de vida de Nise da Silveira, sua trajetória profissional na saúde mental e suas contribuições. Retrata, ainda, o momento difícil pelo qual ela passou, que foi sua prisão e o afastamento do serviço público por 8 anos. O filme apresenta também depoimentos de pessoas que

conviveram com a psiquiatra e os relatos de alguns pacientes sobre o tratamento antes de Nise da Silveira e o tratamento posteriormente realizado com a médica.

Os cinco vídeos e o filme selecionados que atendiam aos critérios foram submetidos à análise de conteúdo, obedecendo à proposta de Bardin. O material audiovisual foi transcrito integralmente, e, após a leitura das informações coletadas, decidiu-se que apenas o conteúdo das narrativas de Nise da Silveira seria objeto de análise. Em um primeiro momento, buscou-se examinar e identificar, a partir da leitura das transcrições, se as narrativas de Nise da Silveira continham conteúdos que remetesse ao referencial dos DHP, com direito à vida, à saúde, à informação, à liberdade, a não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes.

Após a leitura do conteúdo, foi possível identificar frases e palavras que remetiam ao referencial, assim, foram realizados recortes do texto e a codificação das unidades de contexto e de registro. Posteriormente, em um segundo momento, com auxílio informático, todo o conteúdo das narrativas da Nise da Silveira foi submetido a novos testes por meio das frequências de repetição das palavras, que foram obtidas pela plataforma aberta *Wordclouds*, uma etiqueta online para construção de nuvens de palavras, que surgiu com a contagem de repetição das palavras nos textos transcritos.

O objetivo com isso era verificar e confirmar se as unidades de registro que resultaram no final, com auxílio da informática, seriam as mesmas identificadas pela análise manual realizada no início do processo de pesquisa. Em cada vídeo analisado, foram levadas em consideração as 10 primeiras palavras (unidades de registro) apresentadas pela etiqueta online, essas palavras se repetiram com maior frequência ao longo do texto, formando, assim, a unidade de registro.

A Tabela 1, apresentada abaixo, está dividida em 3 partes: obras videográficas selecionadas, o tempo de cada vídeo e as 10 unidades de registro identificadas com auxílio da informática.

Tabela 1 - Vídeos e nuvem de palavras

Vídeos Selecionados	Tempo de encerramento	Unidade de registro
Será que Nise da Silveira teve seu trabalho reconhecido em vida?	04min:46s	4 médico; 4 modelo 3 louco; 3 realidade 3 mundo; 2 rotulados. 2 diferenças; 2 extrapolam.
Dr. ^a Nise da Silveira	06min:39s	8 mãe; 6 Adelina; 5 pintura; 4 gata; 3 terrível; 2 mitologia; 2 coração. 2 gesto.
Nise da Silveira, obra e arte	1h 26min:29s	9 doente; 8 imagens; 5 importância; 5 doentes 4 Jung ; 4 estudo; 4 linguagem; 3 esquizofrênico
Nise da Silveira - Posfácio: Imagens do Inconsciente.	1h:20min:29s	25 hospital; 11 doentes; 9 egresso; 9 atividades; 9 Palmeiras; 8 mundo; 7 ocupacional; 7 Casa.
Nise da Silveira do mundo da Caralâmpia à emoção de lidar.	1h:16m:02s	18 ocupacional;16 terapêutica; 15 imagens;15 mundo; 12 doente; 10 pessoa; 10 livro; 9 relação.
Filme "Olhar de Nise"	1h:30min	8 psiquiatria; 6 doente; 6 casa; 5 eletrochoque;5 internado; 5 Francisco; 4 psiquiatra; 4 hospital.

Fonte: elaborada pela autora (2018).

A partir da classificação das unidades de registro foram formuladas categorias que compõem o panorama geral dos vídeos selecionados, que foram divididos em quatro categorias temáticas. 1) Direito de não ser discriminado; 2) Modelo centrado no paciente; 3) Direito a cuidados em saúde mental de qualidade, e 4) Direito de não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos e degradantes. O terceiro momento da etapa aplicada são inferências e as interpretações que são oriundas do material coletado, com base no referencial teórico dos DHP. Nesta fase, os resultados favorecerão a obtenção das respostas que são necessárias diante da questão levantada no estudo.

A Tabela 2, apresentada abaixo, apresenta a divisão de categorias do material videográfico. A primeira parte refere-se às obras selecionadas, segundo as categorias temáticas que foram formuladas através do processo da análise de conteúdo, especificamente obtida a partir da unidade de registro. As categorias foram nomeadas com base na referência do DHP. A terceira parte trata da identificação de trechos do discurso de Nise da Silveira que remetem às categorias temáticas.

Tabela 2 - Divisão em categorias do material videográfico selecionado

Material Selecionado	Categorias temáticas fundadas no DHP	Identificação de trechos no discurso de Nise que referencia a categoria
<i>Será que Nise da Silveira teve seu trabalho reconhecido em vida?</i>	Direito de não ser discriminado	“Creio que é muito mais que isso. Se há muitos casos que se enquadram no modelo médico, outras em grande número extrapolam do modelo médico. Tantas são as diferenças que existem entre aqueles rotulados de louco.”
<i>Dra. Nise da Silveira</i>	Modelo centrado no paciente	Eu passava perto dela e dizia: “Bom dia, Adelina?” Nunca ela me respondeu. Passaram-se anos, um dia passei e repeti: Bom dia, Adelina? Sempre dizendo o nome, sempre individualizando-a”.
<i>Nise da Silveira, obra e arte e</i>	Direito a cuidados em saúde mental de qualidade	“... os doentes, pintavam muitas vezes imagens com uma grande harmonia, com um contorno bonito, isso me intrigava, perguntei a vários colegas, mas não davam importância.... a turma era tão contra o museu, que foi preciso fazer uma sociedade extra museu, para proteger o museu...”
<i>Nise da Silveira do mundo da Caralâmpia à emoção de lidar</i>		<p>“...Jung tem uma frase que eu gosto muito escrita em 1908, conteúdo das psicoses “é preciso ver o outro lado do psicótico” Se de um lado ele é um ser aparentemente decadente, quem sabe se ele não tem riquezas que surpreendem?...”</p> <p>“...Dentro do hospital. “Estávamos preparando um campo de esporte, para os jogos dos clientes, fez-se um campo de vôlei, então como não sou imobilista...”</p> <p>“...comecei a introduzir cães... importância terapêutica, da relação de um animal com um doente.</p> <p>“Considero a terapia ocupacional um tratamento... terapêutica ocupacional não é varrer, nem, lavar... A utilização dessas habilidades elas eram muito mais opressoras, do que libertadores. Peguei a terapêutica ocupacional nessa situação, mas imediatamente eu transformei esse conceito,..considerava atividades expressivas que dessem ao indivíduo a oportunidade de exprimir livremente suas emoções, mas continuava chamando terapêutica ocupacional, serviço de terapêutica ocupacional, faziam outras coisas, fazia esportes, arte, faziam grupo cultural e tal... É a emoção de lidar... é a expressão de afetos”.</p>

Continua

Conclusão

Material Selecionado	Categorias temáticas fundadas no DHP	Identificação de trechos no discurso de Nise que referencia a categoria
<i>Nise da Silveira - Posfácio: Imagens do Inconsciente e Filme: "Olhar de Nise"</i>	Direito de não ser submetido à Tortura nem a Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos e Degradantes	<p>"Necessitamos de espaços amplos, ondem os egressos pudessem ter um lugar de encontro, de trabalho, talvez de tomar uma refeição, porque isso sairia mais barato, que interna-los em casa de saúde, onde muitos os chama de "filé mignon" das casas de saúde, ou mesmo mais barato que a reinternação que deprimem os serviços psiquiátricos. Onde está o progresso da psiquiatria moderna?"</p> <p>Médico: "Recolha a enfermaria este doente e traga outro". Veio outro doente, "agora a senhora vai aplicar o eletrochoque, é só apertar este botão" e eu disse: Não aperto! Isso se chama tortura!"</p>

Fonte: elaborada pela autora (2018).

Nise da Silveira é considerada uma das mulheres mais influentes e importantes da história do Brasil. A psiquiatra brasileira iniciou um trabalho pioneiro e transformador na saúde mental na década de 1940 a 1990. Portanto, a compreensão da história da saúde mental e da Psiquiatria brasileira, partindo das experiências da psiquiatra Nise da Silveira, trazem elementos importantes para o aprofundamento da Bioética e dos Direitos Humanos no Brasil. Contudo, isso só é possível através da análise de conteúdo de materiais videográficos. A médica deixou documentado, através registros audiovisuais, relevantes materiais antes do seu falecimento, material rico que aborda a compreensão de Nise da Silveira sobre os problemas enfrentados em saúde mental naquele tempo e as possíveis soluções para superar os obstáculos, que serão discutidos no tópico seguinte, com as categorias temáticas fundadas a partir do referencial DHP.

A análise do material audiovisual proveniente do conteúdo das narrativas de Nise da Silveira resultou na formulação das seguintes categorias: a) Direito de não ser discriminado; b) Modelo centrado no paciente; c) Direito a cuidados em saúde de qualidade; d) Direito a não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes. As categorias formuladas serão discutidas neste tópico com base no referencial normativo dos Direitos Humanos dos Pacientes, no âmbito da saúde mental.

4.1 DIREITO DE NÃO SER DISCRIMINADO

Segundo a etimologia da palavra, “estigma” significa marca ou cicatriz deixada por uma ferida. A palavra é de origem grega e está relacionado a sinais corporais, esses sinais tinham como objetivo evidenciar aspectos extraordinários ou pejorativos sobre os status moral da pessoa que os apresentavam. Eles eram marcados no corpo através de cortes ou fogo, assim as pessoas os visualizariam e manteriam distância. Portanto, estigma está relacionado com a situação do sujeito que se encontra inabilitado para a aceitação social plena (148). Percebe-se que a sociedade sempre buscou formas para categorizar as pessoas que lhes pareciam diferentes do que era considerado normal (148). O trecho abaixo do vídeo transcrito demonstra a estigmatização e a discriminação vivida pelas pessoas com transtorno mental que Nise acompanhava, o comportamento preconceituoso arraigado na cultura, o que contribui para o agravo do quadro de saúde do paciente.

[...] É como se as condições adversas empurrasse o indivíduo e ele não tivesse outra porta de escape se não a loucura, nós então tentamos acompanhá-lo um pouco, nesse mundo interno, para onde ele foi atirado [...] (142, 4'02").

A partir do século XVIII, a racionalidade passa a ser valorizada nos meios intelectuais, científicos e acadêmicos e a pessoa em sofrimento psíquico começa a ter sua imagem vinculada ao conceito de pessoas irracionais, não pensantes. O tratamento oferecido deveria ser moral, com Pinel surgem às classificações nosográficas. A pessoa com transtorno mental passou a ser conceituada como alienada mental e a causa da doença seria de ordem moral, assim, consideravam essas pessoas como inadequadas para conviver em sociedade e seus direitos à autodeterminação e à liberdade foram cerceados (40).

Inicia-se, então, um processo de encaminhamento dessas pessoas para o asilo, a fim de “restabelecer sua razão”, e é neste contexto que surgem os manicômios. Percebe-se que as pessoas com transtornos mentais sofreram com estereótipos, rótulos, perderam o direito de liberdade, o controle sobre os seus corpos (149). Para Corrigan e Watson (150), as pessoas com transtorno mental e deficiência mental são desafiadas duplamente. Por um lado, elas lutam com os sintomas e deficiências que resultam da doença. Por outro lado, são desafiadas pelos estereótipos e preconceitos que resultam em equívocos sobre doenças mentais.

Qualquer pessoa pode estar vulnerável a algum transtorno mental, seja criança, adulto, idoso, pessoas de todas as etnias. O aparecimento de alguma doença pode gerar sofrimento para a família e as comunidades, tanto como para o sujeito. Os indivíduos com transtornos mentais são particularmente mais vulneráveis a abusos e à violação de direitos no âmbito dos cuidados na saúde, pois o adoecimento psíquico no indivíduo pode causar alterações da cognição, na regulação emocional e no comportamento. Neste sentido, tornam-se mais suscetíveis à discriminação, à estigmatização e ao desrespeito a sua autonomia (107). Apesar de existirem tratamentos que são eficazes para os transtornos mentais, atualmente ainda há na sociedade a concepção de que pessoas com transtornos mentais são incapazes de tomarem decisões, não são inteligíveis e são pessoas difíceis. Esses julgamentos podem ocasionar rejeição, abusos e isolamento das pessoas (151).

Nise da Silveira enfrentou problemas dentro da instituição psiquiátrica, mormente com os médicos que atuavam no seu trabalho. As dificuldades decorriam do fato de que ela agia e pensava diferente dos demais profissionais da Medicina. Os médicos reduziam seus pacientes à doença e eram incapazes de perceber a pessoa e seu contexto de vida. Existia uma crença negativa a respeito daquele grupo vulnerável e um contato próximo era evitado, devido ao preconceito. Este preconceito pode gerar um comportamento hostil do profissional da saúde em relação ao paciente, levando assim à violação de direitos humanos. O estigma desumaniza os pacientes, suas queixas podem se tornar para o profissional preconceituoso, banais, assim a discriminação gera um tratamento inadequado (150), impactando, assim, negativamente no serviço de saúde mental ofertado. O modelo biomédico possuía dificuldade de compreender o trabalho de Nise e de valorizá-lo. A intervenção não invasiva era no passado banalizada, sem valor e no presente também, ainda existe preconceito por parte de profissionais de saúde com a utilização da arte no tratamento terapêutico dos pacientes e que devem ser repensadas pela academia e nos serviços de cuidado em saúde.

Nise da Silveira desenvolvia assim um trabalho solitário, sem apoio da sua equipe. O estigma é um fator social, que se manifesta em reações e ideias negativas que a sociedade produz sobre uma determinada população vulnerável (150). A forma que Nise da Silveira encontrou para romper com essa situação discriminatória e mudar a concepção da sociedade sobre o paciente de saúde mental foi divulgando os trabalhos de seus pacientes em exposições nacionais e internacionais, cursos, estudos produzidos por ela. Divulgando, o intuito era demonstrar, que seus pacientes eram pessoas capazes, úteis e que poderiam viver e interagir na sociedade assim, Nise da Silveira tentou combater a discriminação dos seus pacientes por meio da divulgação de suas obras e de estudo científico. Com isso, demonstrou que a singularidade e a diversidade existiam na sociedade e que deveriam ser aceitas e respeitadas. Que a pessoa com transtorno mental, não deixaria de ser pessoa humana de ter desejos e emoções devido ao quadro de saúde apresentado.

4.2 MODELO CENTRADO NO PACIENTE

Para a Nise da Silveira, uma das questões fundamentais para que o tratamento do paciente em saúde mental seja efetivo diz respeito à relação médico e paciente. Assim, de acordo com Nise, não seria possível tratar o paciente sem que houvesse um vínculo com o mesmo, acreditava que era necessário existir afeto catalisador na relação, pois isso influenciaria o processo de cura. Nise da Silveira em suas colocações acerca do tema dizia que, para ocorrer uma evolução do quadro paciente, seria necessário o apoio de alguém que fosse receptivo e acolhedor para auxiliar e orientar o sujeito, isso significaria para ele um ponto de apoio e geraria confiança. Nas oficinas de terapêutica ocupacional realizadas por Nise, o profissional era um ponto de referência, que atuava como um catalisador de afeto e estava sempre ao lado do paciente, disponível para ajudar e compreendê-lo.

Para o paciente com transtorno mental no caso, a esquizofrenia, expressar sua realidade interna, o primeiro passo é ele obter confiança em alguém, dessa forma, aos poucos isso se estende para as demais pessoas que o cerca e o seu ambiente. Portanto, o legado que Nise da Silveira deixou para área de saúde mental vincula-se ao princípio dos DHP do Modelo do Cuidado Centrado no paciente, na medida em que se alicerça na importância do cuidado centrado na pessoa, cujo aspecto central consiste na relação estabelecida com o paciente.

Quando a relação médico-paciente é um determinante relevante da qualidade do atendimento, quando médico com o paciente é boa, construída sobre uma base sólida, voltada para confiança e a empatia, as habilidades terapêuticas do profissional são adequadas, e o profissional mantém seu conhecimento atualizado, os resultados terapêuticos, serão eficazes (152).

A relação médico-paciente é uma questão crítica nos serviços de assistência à saúde e um componente importante da preocupação generalizada com a prestação de serviços médicos de qualidade. Nessa relação, o paciente encontra-se em uma posição de vulnerabilidade, portanto a relação não será de equilíbrio, pois o profissional é detentor de conhecimento, do saber, e devido a isso, o profissional deve se esforçar para ser acessível e empático na comunicação com o paciente. A relação deve ser pautada na confiança e no respeito mútuo, são critérios essenciais

no relacionamento médico-paciente A comunicação entre o paciente e o médico é essencial no Modelo do Cuidado Centrado no Paciente, na medida em que se escuta o paciente o profissional tem seu olhar centrado na pessoa, a melhora do quadro de saúde do paciente. Os pacientes quando possuem uma boa relação com o profissional da saúde, os sintomas da doença apresentada podem diminuir e as queixas do paciente por negligência médica também, conseqüentemente, o médico pode vir apresentar uma maior satisfação no trabalho, diminuindo assim o seu estresse (153).

Nise da Silveira relata a história de sua paciente Adelina Gomes. A médica se empenhou para conseguir estabelecer uma relação com a paciente que não se comunicava no início da intervenção e era agressiva. Nise da Silveira demorou 20 anos para compreender a história de Adelina. Ao iniciar as atividades no ateliê, com atividades expressivas, Adelina mudou seu comportamento, já não era mais agressiva e começou a se comunicar, conforme relato de Nise da Silveira:

Eu passava perto dela e dizia: "Bom dia, Adelina?" Nunca ela me respondeu. Passaram-se anos, um dia passei e repeti: Bom dia, Adelina? Sempre dizendo o nome, sempre individualizando-a e continuei andando no corredor do hospital, quando a assistente social Dona lara corre e passa na minha frente e me diz: "Sabe o que aconteceu?" Quando você passou e deu bom dia a Adelina pouco depois lhe atirou um beijo. O meu ímpeto seria voltar e beijá-la, mas me segurei e esperei o dia seguinte ao invés de dizer: "Bom dia, Adelina!". Eu estendi a face e ela me beijou. Tava feito a relação (143, 5'18").

Nise da Silveira traduz neste caso, a importância da relação entre o profissional-paciente, assim como demonstrou que a paciente, estigmatizado e rotulado com "embotamento emocional", não era inerte e, que podia se expressar emocionalmente, comunicar e manter vínculos afetivos. Para a academia, médicos e profissionais de saúde, a relação de afetividade com o paciente não era bem vista, na medida em que era considerado algo incoerente, pois o modelo psiquiátrico era baseado numa relação permeada pelo preconceito, discriminação, em que o paciente era reduzido a um diagnóstico. A cultura do modelo biomédico não confere valor ao investimento na relação com o paciente, na construção de vínculo ou na comunicação.

No entanto, para Nise da Silveira o afeto era essencial no tratamento, nas relações, era curativo e emancipador conforme se extrai do seguinte relato:

[...] O doente no consultório é uma relação muito limitada e nos hospitais psiquiátricos é reduzidíssima, se é que há relação. A relação com o terapeuta, é uma relação muito mais próxima, muito mais íntima, muito mais calorosa e o apoio é fundamental...O afeto se você estabelece uma boa relação com a pessoa, você catalisa muita coisa de dentro da pessoa... Eu acho que o afeto é muito importante, porque se não estabelece uma relação afetiva entre o terapeuta, monitor e o internado, nada se consegue! [...] (146, 35'35").

Nise da Silveira acreditava que o retorno do paciente com esquizofrenia a realidade dependeria primeiramente de estabelecer uma relação de confiança com alguém, assim, posteriormente aos poucos seria possível o paciente interagir com meio e com os outros (51). Para Nise, cada paciente era singular e para o profissional poder auxiliá-lo em seus cuidados em saúde mental, seria necessário manter-se atento a cada ação manifestada não verbal como: gestos, olhares, pois tudo é importante, já que muitos pacientes com transtorno mental possuem dificuldade em expressar o que sentem verbalmente. Nise criticava a postura dos médicos, que sob a ótica de uma abordagem biomédica, não conseguiam perceber outras formas de comunicação com seus pacientes, a não ser através da fala. Essa limitação dos médicos levava a uma intervenção terapêutica frustrante. Os conselhos de profissionais de saúde e a academia têm um papel importante na formação dos futuros profissionais, de modo a contribuir com a conscientização dos profissionais de saúde com relação a situar o paciente no centro do cuidado, além disso à importância de abordar os pacientes com ética e empatia.

O paciente quando busca o atendimento, confia nas palavras do profissional, assim, cabe ao profissional de saúde ser recíproco na relação de fidúcia. Os profissionais precisam respeitar e buscar compreender seus pacientes, como fez Nise da Silveira, ao demonstrar que a relação médico-paciente era mais eficaz para a recuperação da pessoa, do que a medicação e os tratamentos invasivos.

Nise da Silveira contribuiu para a alteração da perspectiva profissional do modelo centrado na doença para o centrado no paciente, ou seja, passou-se a voltar a percepção para o paciente, visto antes de uma forma geral e não individualizada, sem a análise do contexto ao qual esteja inserido (59). Nise da Silveira ao utilizar a terapêutica ocupacional, como técnica, recria a terapêutica ocupacional. A médica não gostava do nome terapia ocupacional e utilizava a expressão “emoção de lidar” para se referir, pois acreditava que a vida podia ser percebida como um complexo de “emoções de lidar”, seja com a sociedade ou indivíduo. E sua atuação

demonstrou que era possível inúmeras possibilidades psíquicas e que essas eram universais, acreditava que a doença mental não deveria ser estigmatizada e contida com tortura (154).

4.3 DIREITO A CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL DE QUALIDADE

Nos anos 1940, época que Nise da Silveira atuava como médica havia 24 mil leitos psiquiátricos no Brasil, a maioria eram públicos, apenas três mil eram privados. Contudo, com o golpe militar em 1964, o setor saúde passou por processos intensos de privatização. A psiquiatria foi a especialidade que teve o maior investimento pelas empresas privadas. Os pacientes não eram detentores de direitos neste tempo, assim, os serviços prestados eram de baixa qualidade, locais como galpões eram transformados em um curto período em enfermarias para receber pacientes. Estas instituições asilares particulares recebiam investimentos do setor público e devido a isso, aumentavam no país (155). Os locais dos estabelecimentos eram insalubres, pessoas eram agrupadas, torturadas, humilhadas, ficavam despidas nos locais e muitas ao relento.

Nise da Silveira foi profissional revolucionária, pois iniciou nesta época um trabalho transformador rompendo com os serviços médicos oferecidos pela psiquiatria, que eram fundamentados em técnicas dolorosas e que geravam mais sofrimento. Implantou dentro do hospital uma nova forma de cuidar, serviços que eram fundamentados na terapêutica ocupacional. Percebeu que algumas atividades aplicadas no setor de terapia ocupacional facilitavam o acesso ao mundo interno do paciente, possibilitando assim a potencialização das forças auto curativas, o que favorecia o retorno do paciente a realidade externa e uma evolução no seu quadro de saúde. Assim, Nise conseguiu compreender os processos que ocorriam com seus pacientes e com isso valorizar a terapêutica ocupacional. Para Nise o tratamento aplicado aos pacientes de forma individualizada seria o mais adequado para se aplicar como tratamento nos hospitais psiquiátricos públicos (65).

As imagens realizadas no ateliê de pintura levantaram uma série de questionamentos que a formação psiquiátrica acadêmica da época, que não conseguiam responder. Essas questões geraram em Nise uma necessidade de

buscar conhecimento e se aprofundar nestes processos internos (51). A terapêutica ocupacional se robusteceu com estudos sobre psicologia analítica, fundamentada nas teorias de Carl Gustav Jung. Os seus estudos possibilitaram maior compreensão da psique humana, dessa forma, foi possível incrementar a qualidade do tratamento de pessoas com sofrimento psíquico (44).

A médica implantou diversas oficinas, atividades de educação física e culturais bem como iniciou um trabalho com animais no hospital. Oferecia oportunidade ao sujeito de escolher com liberdade, as atividades terapêuticas que gostaria de realizar. Nise da Silveira ao fundar a Casa das Palmeiras, concebeu de forma que não se assemelhasse a um hospital psiquiátrico, não deveria ter grades e deveria ter suas portas abertas, e ser um espaço acolhedor, além disso, os profissionais com formação multidisciplinar não era diferenciado pela sua profissão, não podiam usar no espaço jalecos brancos. No início, o serviço era destinado às pessoas que recebiam alta, ou àquelas que estavam para receber, porém, com o passar do tempo, os serviços passaram a ser acessíveis para quem necessitasse de tratamento ou auxílio (65).

O objetivo da Casa das Palmeiras era orientar e preparar as pessoas para reinserção social e familiar, de forma mais independente. O paciente era estimulado a ter uma participação mais ativa, com maior autonomia. A Casa era um espaço destinado para o paciente passar o dia. Assim, a Casa das Palmeiras, fundada em 1956, serviu de inspiração para criação do modelo substitutivo, o CAPS, modelo substitutivo oferecido pela RAPS. Portanto, constata-se que os serviços de assistência oferecidos por Nise da Silveira eram de qualidade e devido a isso, os resultados eram positivos, mesmo com a falta de apoio do Estado na época (3).

A qualidade como direito do paciente tem como objetivo melhorar as condições de das unidades de saúde mental, de pacientes que estejam internados ou em acompanhamento em ambulatórios (114). Percebe-se que Nise da Silveira propôs, desde o início, para seus pacientes, um espaço que promovesse a melhora da saúde mental. Também ao criar a casa das Palmeiras, Nise favoreceu aos pacientes um tratamento com mais qualidade, um espaço longe dos muros altos, o local era conhecido como um território livre. As relações interpessoais aconteciam de forma espontânea, a equipe estava voltada para atender as necessidades do paciente, havia um respeito profundo de cada profissional com o paciente cada pessoa que buscava auxílio em sua recuperação (65). O seu trabalho

posteriormente veio a influenciar a política pública de saúde mental no País e profissões como a Terapia Ocupacional (3). A terapia ocupacional na saúde mental tem um papel relevante no processo de recuperação da identidade social, dos vínculos, da autonomia, intervêm nas atividades de vida diária, atividades de lazer e sociais. Auxilia a pessoa com transtorno mental a reiniciar seus projetos de vida que foram interrompidos devido aos longos períodos de permanência em hospitais psiquiátricos, ou pelo afastamento do trabalho, promove assim serviços de cuidado com qualidade (156).

Dessa forma, nota-se que Nise da Silveira proporcionava na unidade de terapia ocupacional, um atendimento de qualidade, centrado na pessoa, utilizava terapeuticamente a ocupação humana e a atividade, respeitando sempre o desejo do paciente, sendo essa a essência da T.O na saúde mental. Posteriormente, com intuito de estabelecer um embasamento científico estudavam-se as imagens utilizando psicologia analítica de Jung com o objetivo de compreender aquele ser humano em sofrimento, buscava assim a recuperação de seus pacientes.

4.4 DIREITO A NÃO SER SUBMETIDO À TORTURA NEM A PENAS OU TRATAMENTO CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES

A história da saúde mental no Brasil é marcada por um passado de torturas, violência física e mental. Em 1989, o Brasil adotou a Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, assim, o país se comprometeu a combater e prevenir o tratamento desumano e degradante, inclusive no âmbito dos cuidados em saúde (108).

As práticas abusivas diminuíram com a adoção de instrumentos normativo-jurídicos nacionais e internacionais. Embora o direito de não ser submetido a tratamento cruel, desumano e degradante esteja incorporado aos instrumentos, eles ainda não são aplicados como deveriam. De fato, não existe uma conscientização da ampla gama dos profissionais de saúde que atuam em instituições de caráter asilar na saúde mental, sobre o direito do paciente de não ser submetido: a condição desumana ou degradante, o que nos reflete em vários casos de violação pelo mundo (157). O relacionamento estabelecimento nestes locais com

os pacientes vulneráveis ainda se fundamenta na dominação por parte dos funcionários e na submissão por parte do paciente, isso ocorre em muitas comunidades terapêuticas e clínicas particulares, locais onde muitos pacientes são privados de liberdade e submetidos a condições desumanas e degradantes.

Nise da Silveira questionava a conduta médica e a relação que os profissionais de Medicina possuíam com seus pacientes na época em que era médica residente, na década de 1930 no Hospital da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro. Percebeu que a teoria ensinada pelos professores não condizia com a prática, assim seu foco passou a ser não mais as aulas dos professores e sim as pessoas internadas, pois achava que elas tinham muito mais a acrescentar em sua experiência profissional.

Para Nise da Silveira, os abusos cometidos nos hospitais psiquiátricos eram desumanos e inaceitáveis e, na medida em que hospitais de 1944 incluíam técnicas invasivas, percebeu que nenhuma das técnicas utilizadas melhorava o quadro dos pacientes segregados da sociedade, ao contrário agravavam mais seu estado de saúde. Nise da Silveira percebeu empiricamente que quando a pessoa era internada, em um manicômio, ela passava por um processo descrito por Goffman de “mortificação do eu” e a “perda de sua cultura aparente”, a que a pessoa traz consigo e que são construídas com a família, com a vida civil, porém que não são aceitas dentro dessas instituições (157). O sujeito neste ambiente era aniquilado, sentia destruído, as experiências vividas de intenso sofrimento no manicômio ao longo dos anos, inicia ao chegar no local, onde são submetidos as normas do estabelecimento, as pessoas sofrem com retirada de seus pertences pessoais, roupas, objetos, perdem sua privacidade, pois tem que compartilhar leitos/quartos, entre outros, essas condições desumanas ao qual era submetidos proporcionavam a perda de sua identidade, as instituições matavam lentamente, sentiam – se sem vida sem esperança.

Em meados da década de 1960 a indústria farmacêutica passou a atuar com mais contundência no campo da saúde mental, contribuindo para o fenômeno atual da medicalização, que se refere ao interesse crescente da medicina em apropriar-se dos modos de vida (158). A medicalização da vida poderia ser considerada como uma forma de dominação que o desenvolvimento industrial farmacêutico exerce sobre a população (24), tornando a sociedade cada vez mais dependente de seus produtos. A intervenção do modelo biomédico no tratamento dos problemas

psíquicos causou a medicalização social, a iatrogenia de biomedicina. A relação médico-paciente na psiquiatria passou a ser estabelecida em torno da medicação.

A parceria com as indústrias farmacêuticas, foram responsáveis por causar tratamento desumano e degradante neste grupo de pessoas vulneráveis (159). O excesso de medicação, a falta de informação ao paciente sobre as medicações utilizadas, assim o desrespeito à vontade do paciente sobre o uso ou não de medicação, são causadores de danos à saúde do paciente e violações de direitos. Nise da Silveira relata que os abusos cometidos contra os pacientes não eram apenas através de técnicas invasivas e sim também pelo excesso de medicamentos que os pacientes eram obrigados a tomar nesses ambientes de longa permanência. Segundo Nise da Silveira, os pacientes viviam em condições deploráveis no ambiente hospitalar, e alguns apenas dormiam. A medicação era forma de solucionar o problema existente nos hospitais psiquiátricos, que era o fracasso da abordagem e do tratamento terapêutico realizado pela psiquiatria na época com os pacientes (145).

A resolução 46/119 da Assembleia Geral da ONU de 17 de dezembro de 1991, em seu princípio 10, estabelece que medicamentos não devam ser administrados como forma punição ou por conveniência, os médicos devem apenas prescrever e medicar diante de uma eficácia comprovada e deve constar registrado no prontuário (108).

Segundo Nise da Silveira a pessoa sobre efeito de medicação e com cartelas em mãos recebia alta, após ter passado por experiências dolorosas e traumatizantes no ambiente hospitalar por anos. Ao receber alta, o paciente não recebia nenhuma orientação, logo, retornavam para o ambiente externo, após longo período de internação, sem nenhum acompanhamento. A reinserção familiar e social na maioria dos casos era frustrante, não ocorria. Sem vínculo familiar e sem residência, os pacientes passavam a morar nas ruas, e ao ser notado nas ruas, vizinhos os denunciavam para a polícia, que os retornavam para o hospital. Assim, iniciava-se um novo ciclo de internação e de tratamento desumanos e degradantes contra o paciente. As intervenções não respeitavam os direitos humanos e caminhavam na contramão da demanda social e da saúde da pessoa, fomentando assim exclusão, o tratamento degradante e desumano, a marginalização, levava à incapacidade e a dependência da pessoa do Estado (145).

4.5 O ATIVISMO DE NISE DA SILVEIRA EM PROL DOS DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS

Observou-se que a vida de Nise cercada de desafios e que os acontecimentos ocorridos mudaram o sentido de sua vida. A médica não planejou seu futuro, como: a mudança para o Rio de Janeiro, devido ao falecimento do seu pai, a residência médica em um hospício, situado no Rio de Janeiro, o incentivo do seu professor em neurologia para se inscrever em concurso público de psiquiatria, a posse no serviço público no hospital psiquiátrico com muitos internos, em seguida sua prisão por subversão, o afastamento do serviço por 8 anos, a mudança do hospital para outro local e a não concordância em pactuar com as práticas abusivas no hospital praticadas pelos profissionais de saúde após o seu retorno (3).

Porém, mesmo não escolhendo as situações impostas ou não tendo total controle sobre seus projetos de vida, inicialmente, dedicou ao seu trabalho, demonstrando notório interesse em compreender a causa do sofrimento de seus pacientes, pessoas mais vulneráveis. Sua conduta ética e humanista proporcionou transformação na saúde mental e fomentou assim, a reforma psiquiátrica no Brasil. Nise da Silveira foi profissional incomum, que buscou conhecer uma parte da nossa história na saúde e contribuiu com o movimento de libertação e emancipação dos pacientes com transtornos mentais no país, para que estes recebessem um tratamento em cuidados em saúde respeitoso, humanizado, inclusivo, sem discriminação, igualitário, com qualidade, livre de opressões e dominações.

Durante sua longa trajetória profissional Nise da Silveira demonstrou que era possível acreditar, modificar e libertar as pessoas do sofrimento causado pela doença mental. A médica buscou alternativas, estudou a mente humana, e tentou compreender o indivíduo em todos os seus aspectos biopsicossocial, a fim de amenizar as suas dores. Demonstrou que através do afeto, da compreensão e do respeito seria possível tratar de forma digna as pessoas. Combateu de forma incisiva e incansável até o final de sua vida as práticas abusivas realizadas nos manicômios, as violações que seus pacientes sofriam de seus direitos humanos diariamente, como discriminação, privação de liberdade, restrição da sua autonomia e capacidade, bem como submissão a tratamento desumano e degradante. Apresentou para sociedade seu audacioso projeto, o Museu do Inconsciente, que

reúne atualmente um acervo 350 mil obras de pacientes. O objetivo da criação deste espaço tinha o intuito de demonstrar para toda sociedade, que aquelas pessoas que foram excluídas e se encontravam aprisionadas, estavam vivas, e que não poderiam ser esquecidas. Estas pessoas buscavam de alguma forma se expressar e melhorar. Nise acreditava em seus pacientes e em seus potenciais (44).

As habilidades dos seus pacientes foram prejudicadas pela lógica manicomial, com os “tratamentos” oferecidos à época. Os psiquiatras tradicionais utilizavam técnicas invasivas, que não apresentavam resultados satisfatórios para os pacientes. Essas violações de direitos humanos eram vistas como “tratamentos revolucionários” pela equipe médica e causavam prejuízos irreversíveis para o paciente. Nise da Silveira comprovou através de seus estudos científicos que os métodos utilizados, como a lobotomia, prejudicavam os aspectos cognitivos e emocionais do paciente. Seus métodos inovadores não eram invasivos e obtinham resultados melhores.

No Museu do Inconsciente constam obras dos pacientes produzidas nos ateliês de pintura no setor de terapia ocupacional e na Casa das Palmeiras, espaço que Nise da Silveira fundou posteriormente com a ajuda de colaboradores, voltado para os pacientes egressos, com o qual a médica tinha uma relevante preocupação. Com o apoio da psicologia analítica e dos estudos desenvolvidos por Carl Gustav Jung, foi possível fazer uma análise aprofundada do mundo interno dos pacientes através das atividades expressivas. As obras de arte foram produzidas ao longo da vida dos internos, assim a médica acompanhava diariamente a evolução de seus pacientes, registre-se que as imagens revelavam histórias de vida em uma forma sequencial e não verbal (3).

Nise da Silveira, em sua atuação profissional, enfrentou adversidades. A equipe médica que atuava com Nise da Silveira sabotava seu trabalho a ponto de executar os animais usados como co-terapeutas na recuperação dos internos no hospital tentavam impedi-la de participar de eventos internacionais, não forneciam material para trabalhar com os pacientes no ateliê de pintura. A classe médica não compreendia, não reconhecia e nem valorizava a arte como ferramenta terapêutica nos serviços de saúde.

A vida de Nise foi marcada por muita luta, desafios, perseguição, sofrimento, resiliência, dedicação e amor (3). Nise da Silveira relata a história de Francisco, paciente do hospital psiquiátrico, no qual a médica trabalhava. Francisco foi

internado compulsoriamente, por uso de droga psicoativa, segundo o paciente, uso em pequena quantidade e passou 8 anos de sua vida internado. Francisco produzia no ateliê obras que chamavam atenção de artistas consagrados à época, pois não tinha formação em artes plásticas. Francisco, ao assinar suas obras se denominava como alienado, alienígena, uma forma de expressar sua indignação aos anos que passou internado, sofrendo violações de direitos humanos.

A médica demonstrava indignação ao ver pacientes internados em hospitais psiquiátricos e era contra a existência de manicômio, pois acreditava que a mudança de cultura da sociedade era necessária para sua extinção.

Nise da Silveira trabalhou incessantemente pela libertação e pelo respeito aos direitos humanos dos seus pacientes. Assim, Nise da Silveira rompeu com a lógica manicomial e a sua atuação, com a utilização de novos conceitos, estudos, técnicas, causavam incomodo em seus colegas médicos, que provinham de uma psiquiatria tradicional. Apesar de não ter conseguido executar um trabalho com a participação de todos no ambiente hospitalar, Nise da Silveira conseguiu promover um trabalho fora do hospital, que atendesse essa expectativa e que foi essencial para o sucesso de seu trabalho. Com a fundação da Casa das Palmeiras e o Grupo de estudos de Jung, ela dispunha de uma equipe transdisciplinar, com colaboradores de diversas áreas como: psiquiatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, pedagogos, antropólogos, artistas plásticos, músicos, jornalistas, atores que buscavam compreender sobre vários aspectos o ser humano, respeitando sua singularidade. Mediante a situação de complexidade que envolve o paciente de saúde mental, aspectos biopsicosocial, cultural e espiritual, uma abordagem transdisciplinar favorece positivamente para auxiliar na reabilitação do paciente.

Os colaboradores de Nise da Silveira envolviam profissionais de variadas áreas, que compartilhavam a ideia de que era relevante atuar em prol de pacientes e familiares que necessitavam de serviços em saúde mental, possibilitando, dessa forma, a construção de modelos horizontais de poder nos cuidados em saúde, ações opostas aos modelos tradicionais (69). Neste sentido, é necessário que, ao pensar e refletir questões que envolvam conflitos éticos nos serviços de cuidados em saúde mental no Brasil e os direitos humanos dos pacientes deve-se lembrar a conduta ética de Nise da Silveira enquanto profissional e a sua importância para saúde mental no Brasil, profissional que se dedicou todos os dias para proporcionar um tratamento pautado no respeito. Segundo Leal, ao falar sobre a médica disse “era

mais do que atual, ela é sinônimo de resistência atemporal e expansão do pensamento” (160).

4.6 APROXIMAÇÕES ENTRE A PRÁTICA PROFISSIONAL DE NISE DA SILVEIRA E O REFERENCIAL DOS DHP

Este estudo possibilitou compreender que as contribuições de Nise na saúde mental no Brasil convergem para o referencial dos DHP. Demonstrou que sua abordagem teórica e prática traziam direitos humanos em suas ações, que contribuíram para a melhora da vida de seus pacientes e o resgate de sua identidade. Observou-se também que o histórico de negligências aos direitos do paciente passou a ser objeto de transformação a partir do surgimento de atores sociais que fomentaram essa mudança, como Nise da Silveira, no Brasil. Nise da Silveira alterou significativamente, no Brasil, a forma de cuidar de pessoas com transtornos mentais, notadamente por promover os direitos humanos dos pacientes, a despeito de não empregar a linguagem de direitos em sua narrativa. Com efeito, Nise da Silveira fomentou a autonomia pessoal daqueles pacientes excluídos do convívio social, e implementou métodos e formas de cuidados opostos aos tratamentos desumanos e degradantes aos quais esses pacientes eram sujeitos. Com esta pesquisa constata-se que a narrativa e a prática de Nise da Silveira convergem para os preceitos de direitos humanos acerca dos pacientes com transtornos mentais. Assim, pode-se afirmar que Nise da Silveira foi pioneira na concepção, atualmente em voga, de que os profissionais de saúde detêm um papel central na efetivação dos direitos humanos dos pacientes e, mormente, no enfrentamento de situações violadoras de tais direitos.

Inicialmente, observou-se a que o filme de ficção “Nise, o coração da loucura, lançado em abril de 2016” tornou Nise da Silveira conhecida do público em geral, pois a médica era conhecida apenas por determinados grupos ligado à saúde mental, como, pacientes e profissionais. Porém, com o lançamento do filme, Nise da Silveira ganhou notoriedade não só no Brasil, como também no mundo, o que proporcionou o aparecimento de vários vídeos nas redes sociais sobre a trajetória de vida e profissional de Nise da Silveira. A obra fomentou o interesse das pessoas a

buscarem mais informações a respeito da médica que era até então pouco conhecida pela população brasileira. Isso demonstra que a mídia televisiva tem poder de persuasão na sociedade em “massa”, influencia a população em suas decisões, comportamento e na formação de pensamento, como também proporciona a sociedade conhecer a realidade que não lhe é familiar (161). Registre-se que a falta de conhecimento das pessoas no meio acadêmico e da sociedade em geral sobre Nise da Silveira e a sua atuação profissional, é uma realidade muito semelhante com a da profissão Terapia Ocupacional, que existe no Brasil desde 1969 e que foi influenciada no país no seu início por Nise da Silveira. A Terapia Ocupacional é pouco conhecida mesmo por outros profissionais de saúde que atuam na reabilitação.

Nota-se que os vídeos disponíveis na plataforma *Youtube* com as entrevistas da Nise da Silveira são de matérias gravadas nas décadas de 1970, 1980 e 1990. Isso demonstra que o tema saúde mental e suas implicações eram discutidos na época que os vídeos foram gravados. Sendo assim, verifica-se que o tema abordado saúde mental é discutido desde a década de 1930, época a qual foi referenciada por Nise nos vídeos apresentados. Os vídeos demonstram um marco cronológico dos problemas existentes nos cuidados de saúde mental no Brasil em diferentes épocas, salientando a relevância do tema. Na década de 1930 a 1960, abusos e todos os tipos de violações eram cometidos contra os pacientes, prática médica da psiquiatria era baseada no diagnóstico e na classificação das patologias psiquiátricas. Nas décadas de 1970 a 1990 é marcada pela luta dos profissionais, familiares e pacientes para democratização na saúde mental, com objetivo de garantir melhoras no acesso e nos cuidados dos pacientes (162). Processo histórico marcado por violações de direitos, ausência do Estado, pela hegemonia médica e pelo saber – poder da psiquiatria, o desejo de normalizar, padronizar, disciplinar as pessoas com transtornos mentais (163). Atualmente nota-se a volta de retrocessos, como a medicalização da vida, privação de liberdade, higienização social, aumento de leitos psiquiátricos em hospitais, corte de orçamento para saúde mental, falta de recurso humano (162). Com isso, observa-se que o modelo asilar ainda é muito presente e que a luta por espaço do paciente em saúde mental na sociedade é constante, bem com a garantia por direitos e proteção. Percebe-se assim que o movimento da reforma psiquiátrica, que iniciou com Nise na década de 1940 ela é ainda construída no cotidiano.

Isto comprova que as violações dos direitos humanos dos pacientes com transtorno mental no Brasil é uma questão persistente, cultural e estrutural.

O conhecimento desses fatos históricos ocorridos no passado e da trajetória de vida de profissionais, como a de Nise da Silveira, possibilita a compreensão da situação da saúde mental no Brasil. Então, a partir do momento em que os profissionais que atuam na saúde mental tiverem o conhecimento dessa história e se conscientizarem acerca da importância da introdução da cultura dos direitos humanos nos cuidados em saúde, será possível romper com este ciclo de violência e alterar os cuidados relativos aos pacientes da saúde mental. Por isso a necessidade de se discutir estes temas na formação dos profissionais da saúde, pois são estas pessoas que estarão presentes diariamente nos serviços de saúde e que vão acolher os pacientes. Contudo, o conhecimento e a conscientização dos profissionais poderão evitar também que a história de barbárie humana ocorrida na saúde mental no país no passado, decorrentes de violações dos direitos dos pacientes e que resultou na morte de muitos pacientes, não se repita.

Verificou-se também, que a psiquiatra Nise da Silveira foi pioneira no Brasil na adoção de uma conduta mais humanística pautada no respeito aos direitos humanos de pacientes de saúde mental, mesmo não abordando diretamente tais direitos. Através de sua conduta ética e da atenção adequada ao paciente nos processos de cuidados, promoveu tratamentos inovadores que proporcionaram resultados significativos, que ultrapassaram a melhora dos sintomas, bem como contribuiu para a promoção do convívio social dos pacientes.

Por fim, o papel de Nise a partir dos Direitos Humanos, foi o de promover a humanização do tratamento, bem como acrescentar elementos que contribuíram em sua prática para o favorecimento dos direitos humanos dos pacientes em saúde mental, e para a promoção da reabilitação dos seus pacientes, contribuindo assim com o seu pioneirismo no processo libertário da reforma psiquiátrica no Brasil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, Nise da Silveira se mostra atemporal em sua conduta e em seu pensamento sobre o cuidado em saúde das pessoas com transtorno mental, tendo, assim, fornecido novas ferramentas práticas e teóricas para o tratamento do sofrimento psíquico. Nise da Silveira desejava e lutou em sua área de atenção para que o paciente com transtorno mental tivesse voz, participação junto à família e participação social. As propostas desenvolvidas por Nise da Silveira possibilitaram aos pacientes de saúde mental ser protagonistas no seu processo de cuidado e detentores de direitos inerentes a todos os seres humanos. Consta-se que Nise da Silveira e a Reforma Psiquiátrica concorreram para, ainda que não satisfatoriamente, uma mudança de entendimento dos profissionais de saúde acerca do cuidado dos pacientes com transtorno mental. Desse modo, ainda há um extenso caminho a ser percorrido no sentido do tratamento em consonância com os direitos humanos de tais pacientes.

As mudanças ao longo dos anos no âmbito dos cuidados em saúde foram significativas, porém, ainda não foram suficientes para mudar significativamente os serviços de saúde em mental no Brasil. O paciente não é o centro do cuidado em saúde mental, bem como se verifica a predominância do discurso biomédico e denúncias recorrentes de violações de direitos humanos, como maus tratos, abusos, estigma, preconceito, privação de liberdade, falta de informação e a medicalização da vida e patologização, todos os fatos denunciados e combatidos por Nise da Silveira.

Ao analisar as narrativas das obras de Nise, verificou-se que em seu discurso e sua prática clínica aproximavam-se do referencial dos Direitos Humanos dos Pacientes. Sua abordagem era humanista no processo de cuidado com o paciente, centrado na pessoa, pautado no afeto, compreensão, liberdade, no respeito ao ser humano e sua diversidade.

Em conclusão, Nise da Silveira foi pioneira na inserção de uma abordagem baseada em considerações de dignidade e direitos humanos, a despeito de não ter empregado a linguagem dos direitos. Neste sentido, evidencia-se a premência da

Bioética fundada nos DHP de desenvolver aportes teóricos que sirvam como ferramentas para a formulação de leis e de políticas públicas com foco na proteção dos pacientes com transtorno mental e como meios de enfrentar essas violações. Ademais, há que se contribuir para a disseminação do debate na esfera acadêmica e no espaço público acerca da adoção do referencial dos DHP em saúde mental. Assim, deste modo, será possível promover uma mudança cultural na sociedade e nos cuidados das pessoas com transtorno mental, como propugnou Nise da Silveira.

REFERÊNCIAS

1. Pacheco MVPC. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea [Internet]. Vol. VI, Latinoam. Psicop. Fund. 2003. p. 152–7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v6n2/1415-4714-rlpf-6-2-0152.pdf>. Acesso em: 07 mar 2018.
2. Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica [Internet]. São Paulo: Perspectiva; 1978 [cited 2019 Feb 4]. 608 p. Disponível em: <http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA DA LOUCURA.pdf>. Acesso em: 07 mar 2018.
3. Horta BC. Nise: Arqueóloga dos Mares. 2nd ed. Rio de Janeiro: Aeroplano; 2008. 400 p.
4. Brasil. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001 [Internet]. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 07 mar 2018.
5. World Health Organization. Mental Health Atlas [Internet]. 2018. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/. Acesso em: 05 abril 2018.
6. Organização Pan-Americana da Saúde - Brasil. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população [Internet]. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839. Acesso em: 05 abril 2018.
7. Inspeções aos manicômios [Internet]. Conselho Federal de Psicologia. 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.p.df. Acesso em: 05 abril 2018.
8. Ministério dos Direitos Humanos. Relatório de Missão ao hospital psiquiátrico São Vicente de Paulo – DF [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-a-torturamnpct/RelatriodeMissorealizadaaoHospitalSoVicentedePaulonoDistritoFederal.pdf>. Acesso em: 05 abril 2018.
9. Ministério dos Direitos Humanos. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura [Internet]. Disponível em: <http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/sistema-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-snpct/mecanismo/mecanismo-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-mnpct> Acesso em: 05 abril 2018.
10. Albuquerque A, Queiroz G, Paranhos DGA., Santos M. Revista Redbioética / UNESCO [Internet]. Vol. 2. 2017. p. 12–22. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaBioetica16.pdf> Acesso em: 05 abril 2018.
11. Albuquerque A. Direitos humanos dos pacientes. Curitiba: Juruá; 2016.
12. Cohen J, Ezer T. Human rights in patient care: A theoretical and practical framework [Internet].

- Vol. 15, Health and Human Rights. 2013. p. 7–19. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/aedc/67f12f7cd4eae164f82eedb53b311ee71a2.pdf> Acesso em: 11 mai 2018.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
 14. Vayone F; Lete AG. Ensaio sobre análise fílmica [Internet]. 5^a. Campinas: Papyrus; p. 2008. Disponível em: https://kupdf.net/download/vanoye-francis-goliot-lete-anne-ensaio-sobre-a-analise-filmica_5999f3c2dc0d60ca1053a1f8_pdf Acesso em: 11 mai 2018.
 15. Rose D. Análise de imagens em movimento. In: Pesquisa qualitativa com textos, imagem e som Um manual prático. 7^a. Rio de Janeiro: Vozes; 2008. p. 343–64.
 16. Machado A. Apresentação. In: Cinema, Vídeo, Godard. São Paulo: Cosac Naify; 2004. p. 3.
 17. Dubois P. Cinema, Vídeo, Godard [Internet]. Cosac Naify; 2004. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/0ByGOj9_gW1Y7bFo5bWtzMHdFTTQ/view Acesso em: 11 mai 2018.
 18. Guilhem D, Diniz D ZF. Pelas lentes do cinema – Bioética e Ética em Pesquisa. Brasília: UnB; 2007.
 19. Bauer MW; Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. 7^a. Rio de Janeiro: Vozes; 2008.
 20. Guilhem D, Diniz D ZF. Pelas lentes do cinema - Bioética e Ética em Pesquisa. 2007. 14 p.
 21. Ramos N. Contribuição do método fílmico para o estudo das representações sociais: Perspectivas teóricas e de pesquisa. In: Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações sociais. João Pessoa: UFPA; 2005. p. 366.
 22. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde [Internet]. Vol. 57, Rev. Bras. Enferm. 2004. p. 611–4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf> Acesso em: 11 mai 2018.
 23. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. 2018. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/en/ Acesso em: 11 mai 2018.
 24. Illich I. Expropriação da Saúde. 3^a. Fronteira N, editor. Nemesys da Medicina. Rio de Janeiro; 1975.
 25. Amarante P. Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 1^a. Fiocruz, editor. Rio de Janeiro; 1995.
 26. Ornellas CP. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados [Internet]. Vol. 51, Rev. Bras. Enf. 1998. p. 253–62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71671998000200007&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 11 mai 2018.
 27. Facchinetti C. Philippe Pinel e os primórdios da Medicina Mental. Rev latinoam psicopatol fundam. São Paulo; 2008;11.
 28. Amarante P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia [Internet]. Vol. 1, Cad. Bras. Saúde Mental. 2009. Disponível em: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>. Acesso em: 11

- mai 2018.
29. Bartalotti, C C; Carlo MMRP. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus; 2001.
 30. Eulálio M C; Veloso T M G. *Saúde Mental: Saberes e Fazeres* [Internet]. EDUEPB. Campina Grande; 2016. p. 26. Disponível em: <http://www.uepb.edu.br/download/ebooks/SauCC81de-mental-EBOOK.pdf> Acesso em: 11 mai 2018.
 31. Caponi S. *As classificações psiquiátricas e a herança mórbida*. Vol. 9, *Sci. stud.* São Paulo; 2011.
 32. Marina R. *Transtornos mentais ou psicopatologia da vida cotidiana: a questão diagnóstica na atualidade*. Universidade Federal de São João del-Rei; 2014.
 33. Freitas, F; Amarante P. *Medicalização em psiquiatria*. 1ª. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
 34. Carneiro N. *Do modelo asilar-manicomial ao modelo de reabilitação psicossocial – haverá um lugar para o psicanalista em Saúde Mental?* *Rev Latinoam Psicopat Fund.* São Paulo; 2008;11:208–20.
 35. Spohr B; Schneider DB. *Bases epistemológicas da antipsiquiatria: a influência do Existencialismo de Sartre*. Vol. 15, *Rev. abordagem gestalt.* Goiânia; 2009.
 36. Albuquerque A. *Para uma ética em pesquisa fundada nos Direitos Humanos* [Internet]. Vol. 21, *Rev. Bioét.* 2013. p. 412–22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a05v21n3.pdf>
 37. Oliveira W V. *A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria* [Internet]. Vol. 18, *Hist. cienc. saude-Manguinhos.* Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009
 38. Silva P. *Consideraciones críticas sobre la propuesta de Thomas Szasz. Entre filosofía de la mente, fenomenología y psiquiatria.* *Rev Latinoam Psicopat Fund.* São Paulo; 2014;17:234–50.
 39. Britto IAGS. *As implicações práticas do conceito de doença mental* [Internet]. Vol. 31, *Estudos.* Goiânia; 2004. p. 157–72. Disponível em: [http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/1711/material/Implicações práticas do conceito de doença mental.pdf](http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/1711/material/Implicações%20práticas%20do%20conceito%20de%20doença%20mental.pdf)
 40. Amarante P. *Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. FIOCRUZ, editor. Rio de Janeiro; 2010.
 41. Soares M. *Navegando pela Saúde Mental do Centro Oeste e Norte do Brasil: uma pesquisa avaliativa* [Internet]. Universidade de Brasília; 2016. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/22754>
 42. Fazenda I. *Novos desenvolvimentos em saúde mental e comunitária* [Internet]. Vol. 7, *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.* 2009. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/511>
 43. Gonçalves MS. *Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880)*. Vol. 6, *Revista Brasileira de História da Ciência.* Rio de Janeiro; 2013. p. 60–77.

44. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Hospício Dom Pedro II da construção a desconstrução, 2014 [Internet]. Disponível em:
<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/index.php>
45. Fonte EMM. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil [Internet]. Vol. 1, Rev. Programa de Pós-Graduação em Sociologia - UFPE. 2012. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>
46. Francisco BR. Terapia Ocupacional. 5th ed. Campinas: Papyrus; 2008.
47. Seixas AAA, Mota A, Zilbreman ML. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul [Internet]. 2009 [cited 2019 Jan 28];31(1):82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>
48. Arbex D. Holocausto Brasileiro. 1st ed. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
49. Brasil. Lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941 [Internet]. 1941 [cited 2019 Jan 28]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-413188-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 11 mai 2018.
50. Melo W. Nise da Silveira. Brasília: Imago; Conselho Federal de Psicologia; Pioneiros da Psicologia Brasileira; 2001.
51. Silveira N. Os inumeráveis estados do ser [Internet]. Rio de Janeiro: MI; 1987. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/inumeraveis_estado_ser.pdf
52. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região (CREFITO 9). 100 anos da Terapia Ocupacional no mundo [Internet]. 2017. Disponível em: <http://www.crefito9.org.br/noticias/100-anos-da-terapia-ocupacional-no-mundo/1162>
53. World Federation of Occupational Therapists. Definition of Occupational Therapy [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx> Acesso em: 11 mai 2018.
54. Shimoguiri, A F D T; Costa RA. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira [Internet]. Interface 21. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005006102&script=sci_abstract&lng=pt
55. Salles M, Matsukura T. O uso dos conceitos de ocupação e atividade na Terapia Ocupacional: uma revisão sistemática da literatura [Internet]. Vol. 24, Cad. Ter. Ocup. 2016. p. 801–10. Disponível em:
<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/991/795> / <http://www.crefito9.org.br/noticias/100-anos-da-terapia-ocupacional-no-mundo/1162>
56. Bianchi PC, Malfinato APS. Formação graduada em Terapia Ocupacional na América Latina: mapeando quem somos e onde estamos [Internet]. Vol. 28, Rev. Terapia Ocupacional de São Paulo. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/120273>
57. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região (CREFITO 2). Decreto

- Lei 938, de 13 de outubro de 1969 [Internet]. Brasil; 1969. Disponível em:
<http://www.crefito2.gov.br/legislacao/leis-e-decretos/decreto-lei-938--de-13-de-outubro-de-1969-54.html>
58. Alvarez CBST, Martins M B S. A terapia ocupacional e suas possíveis contribuições na saúde mental coletiva [Internet]. Vol. 24, Rev. VITTALLE. 2012. p. 63–8. Disponível em:
<https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/5132>
 59. Feriotti ML. Construção de Identidade(s) em Terapia Ocupacional no Contexto das Transformações Paradigmáticas da Saúde e da Ciência. In: Terapia Ocupacional e Complexidade. Curitiba: CRV; 2013. p. 43–70.
 60. Fernandes SMBA. Nise da Silveira e a Saúde Mental no Brasil: Um itinerário de resistência [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015. p. 206. Disponível em:
<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/21426?mode=full>
 61. Mello LC. Nise da Silveira, caminhos de uma psiquiatra rebelde. 1ª. Rio de Janeiro: Automática/Hólos; 2014.
 62. Silveira N. Terapêutica ocupacional: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras; 1966.
 63. Centro Cultural do Ministério da Saúde. Museu Vivo de Engenho de Dentro. 2016.
 64. Bôas G V. A estética da conversão: o ateliê do Engenho de Dentro e a arte concreta carioca (1946-1951) [Internet]. Vol. 20, Rev. Tempo soc. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20702008000200010&script=sci_abstract&lng=pt
 65. Silveira N. Casa das Palmeiras. A emoção de lidar. Uma experiência em psiquiatria. Rio de Janeiro: Alhambra; 1986.
 66. Delgado PGG. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2011;16:4701–6.
 67. Paiva, CHA; Teixeira L. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores [Internet]. Vol. 21, História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2014. p. 15–35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>
 68. Reboli KG, Kruger TR. Participação e Saúde Mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental. Congr Catarinense Assist Sociais [Internet]. 2013; Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Participação-e-Saúde-Mental-as-Conferências-nacionais-de-saúde-mental.pdf>
 69. Melo, W; Ferreira A. Clínica, pesquisa e ensino: Nise da Silveira e as mutações na psiquiatria brasileira. Rev latinoam psicopatol fundam. 2013;16.
 70. Horta, B C; Martha P. Ponto de vista: entrevista com Bernardo Carneiro e Martha Pires [Internet]. Alagoas: TV Assembleia AL; 2017. Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=Jl2kQRDcB6Q&feature=youtu.be>
 71. Cavalcanti, A; Galvão C. Terapia Ocupacional. Fundamentação e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara; 2008. 162 p.
 72. Brasil. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934 [Internet]. 1934. Disponível em:

- <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>
73. Macedo CF. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil [Internet]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8246/a-evolucao-das-politicas-de-saude-mental-e-da-legislacao-psiquiatrica-no-brasil>
 74. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Caracas. In: Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina [Internet]. 1990. p. 1990. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf
 75. Ministério da Saúde. Portaria n° 224, de 29 de janeiro de 1992 [Internet]. 1992. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf
 76. Ministério da Saúde. III Conferência de Saúde Mental. Cuidar sim, Excluir não [Internet]. 1st ed. Brasília; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>
 77. Ministério da Saúde. IV Conferencia Nacional de Saúde Mental Intersectorial. Relatório Final [Internet]. Brasília; 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_final_ivcnsmi_cns.pdf
 78. Heidrich A, Berndt D, Dias M. As conferências nacionais de saúde mental e o paradigma da desinstitucionalização [Internet]. RI - UFSC. Florianópolis; 2010. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180848/Eixo_3_224-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 79. Ministério da Saúde. Portaria n° 336, de 19 de fevereiro de 2002 [Internet]. 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
 80. Ministério da Saúde. Portaria n° 251/GM, de 31 de janeiro de 2002 [Internet]. 2002. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3366>
 81. Brasil. Lei N° 10.708, de 31 de julho de 2003. [Internet]. [cited 2019 Jan 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm
 82. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.796, de 6 de dezembro de 2010 [Internet]. 2010. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/3796-%5B4298-280211-SES-MT%5D.pdf>
 83. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.090, de 23 de dezembro de 2011 [Internet]. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.htmlhttp://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html
 84. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011 [Internet]. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
 85. Ministério da Saúde. Portaria n° 122, de 25 de janeiro de 2011 [Internet]. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.htm
 86. Ministério da Saúde. Portaria n° 132, de 26 de janeiro de 2012 [Internet]. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html
 87. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.840, de 29 de dezembro de 2014 [Internet]. 2014.

- Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html
88. Ministério da Saúde. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017 [Internet]. 2017. Disponível em:
http://www.lex.com.br/legis_27593248_RESOLUCAO_N_32_DE_14_DE_DEZEMBRO_DE_2017.aspx
 89. Amarante P. Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: participação social atropelada, de novo [Internet]. Boletim informativo do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) e do Centro de Documentação Virtual (CDV). 2018. Disponível em:
<https://analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/15/>
 90. Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. Uma Amostra Das Unidades Psiquiátricas Brasileiras [Internet]. 2004. Disponível em:
http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/Relatorio_Inspecao_Unidades_Psiquiatricas.pdf
 91. Campos GWS, Campos RTO BL. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão [Internet]. Vol. 18, Ciência & Saúde Coletiva. 2013. p. 2797–805. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a02.pdf><http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a02.pdf>
 92. Organização das Nações Unidas para a Educação C e C. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Brasília: Cátedra Unesco de Bioética da UnB/RedeBioética; Unesco; 2005.
 93. Gómez J. Derecho a la asistencia médica. In: TEALDI JC, editor. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Colômbia: Universidade Nacional de Colômbia, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura.; 2008.
 94. Albuquerque A. Interface entre Bioética e Direitos Humanos: perspectiva teórica, institucional e normativa. Universidade de Brasília; 2010.
 95. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>
 96. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei PL 5559/2016 [Internet]. Brasil; 2016. Disponível em:
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2087978>
 97. Adorno R. Una Aproximacion a la bioética. In: Garay O, editor. Responsabilidad profesional de los médicos Etica, bioética y jurídica. 2nd ed. Buenos Aires: La Ley; 2014.
 98. Silva LFA. Dignidade e Finitude da Vida: Estudo bioético do trabalho dos fisioterapeutas em cuidados domiciliares a pacientes terminais [Internet]. Universidade de Brasília; 2010. Disponível em:
http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6930/1/2010_LiziaFabiolaAlmeidadaSilva.pdf
 99. Schramm F. Todos os vulneráveis merecem proteção? [Internet]. Centro de Bioética do CREMESP. Disponível em: <https://sindimed-ba.org.br/viii-congresso-brasileiro-de-bioetica-comeca-hoje>
 100. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais [Internet]. 2018.

Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necessario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839

101. Care I for PF-C. Patient- and family-centered care is working “with” patients and families, rather than just doing “to” or “for” them [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.ipfcc.org>
102. Fuentes MSC AZ. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud [Internet]. Vol. 33, Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016. Disponível em: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2565/2592>
103. High Quality Care For All. NHS Next Stage Review Final Report [Internet]. 2008. Disponível em:
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/228836/7432.pdf
104. Ospina, SN; Phillips, KA; Gutierrez, RR ; Guarderas, A.C; Gionfriddo, M.R; Branda, M.E; Montori VM. Eliciting the Patient’s Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters [Internet]. Journal of General Internal Medicine. Journal of General Internal Medicine; 2018. p. 1–5. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-018-4540-5>
105. Gordon E. Medicina Centrada na Pessoa [Internet]. 2014. Disponível em:
[https://www.h9j.com.br/centro-de-estudos/Documents/MaterialDidatico/Medicina Centrada na Pessoa.pdf](https://www.h9j.com.br/centro-de-estudos/Documents/MaterialDidatico/Medicina%20Centrada%20na%20Pessoa.pdf)
106. Surjus LTLS CR. Interface entre Deficiência Intelectual e Saúde Mental: revisão hermenêutica [Internet]. Vol. 48, Rev. Saúde Pública. 2014. p. 532–40. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0532.pdf
107. Observatório de Direitos dos Pacientes. Pacientes com transtorno mental [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www.observatoriopaciente.com.br>
108. Organização Mundial da Saúde. Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação [Internet]. WHO; 2005. Disponível em:
http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf
109. Organização das Nações Unidas. No Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial [Internet]. 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>
110. Brasil. Decreto n° 6.949, de 25 de agosto de 2009 [Internet]. 2009. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/MDH/decreto/d6949.htm
111. Fiocruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSPSA). OMS divulga relatório sobre saúde mental e desenvolvimento [Internet]. 2010. Disponível em:
<http://www.ensp.fiocruz.br/portalenstp/informe/site/materia/detalhe/23065>
112. World Health Organization. Social determinants of mental health [Internet]. Calouste Gulbenkian Foundation; 2014. Disponível em:

- http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/
113. Caffarena AB. Primer encuentro latinoamericano de Derechos Humanos y Salud Mental. Loucura, comunidade y derechos humanos. [Internet]. Mad in America Hispanohablante. 2017. Disponível em: <https://madinamerica-hispanohablante.org/primer-encuentro-latinoamericano-de-derechos-humanos-y-salud-mental-agustin-barua-caffarena>
 114. World Health Organization. Mental Health - Quality Rights Guidance and Training Tools. 2018.
 115. Rosato MC; Correia LC. Implementação no âmbito nacional das decisões dos sistemas regionais e internacional de direitos humanos: CASO DAMIÃO XIMENES LOPES. [Internet]. SUR Rev. internacional de direitos humanos. 2011. Disponível em: <http://sur.conectas.org/caso-damiao-ximenes-lobes/>
 116. Nagaraja D, Murthy P. Mental Health Care and Human Rights [Internet]. National Human Rights Commission. Bangalore: Institute of Mental Health and Neuro Sciences; 2008. p. 470. Disponível em: http://www.academia.edu/31297222/Mental_Health_Care_and_Human_Rights
 117. Convenção Americana de Direitos Humanos. Art.4º Direito à vida [Internet]. 1969. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_america.htm
 118. Brasil. Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, ano 1966, Art. 6 [Internet]. 1966 [cited 2019 Jan 28]. Disponível em: http://www.refugiados.net/cid_virtual_bkup/asilo2/2pidcp.html#a6
 119. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Demanda de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el Caso: Damiao Ximenes Lopes.Caso 12.237.Contra la República Federativa del Brasil [Internet]. Washington; 2004. p. 21. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/ximenes/dcidh.pdf> .
 120. CASOTECA Latino – Americana de Direito e Política Pública. Caso Ximenes Lopes versus Brasil - Corte Interamericana de Direitos Humanos - Relato e Reconstrução Jurisprudencial [Internet]. 2017. Disponível em: <http://iusgentium.ufsc.br/wp-content/uploads/2017/08/Ximenes-Lopes-Relato-e-Reconstrução-Jurisprudencial.pdf>
 121. Lima AF; Pontes MVA. O caso Damião Ximenes Lopes e a primeira condenação Internacional do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos [Internet]. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IRk5EB27OqQJ:incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/3076/4323+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>
 122. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral A/72/137. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. [Internet]. Vol. 11954. 2017. Disponível em: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/72/137
 123. Hunt P. Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health [Internet]. Vol. 18, Health and Human Rights Journal. 2016. Disponível em: <http://repository.essex.ac.uk/17833/1/Hunt-final-1.pdf>
 124. Organização das Nações Unidas. Consejo Económico y Social. Los derechos economicos,

- sociales y culturales E/CN.4/2003/58, 2003 [Internet]. 2003. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/109/82/PDF/G0310982.pdf?OpenElement>
125. Organização das Nações Unidas. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/HRC/35/21, 2017 [Internet]. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/PDF/G1707604.pdf?OpenElement>
 126. Ventura CAA; Moraes VCO; Jorge MS. Direitos Humanos de Pessoas com Transtornos Mentais: perspectiva de profissionais e clientes [Internet]. Vol. 25, Rev. Enfermagem UERJ. 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4344>
 127. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12. Brasília – DF [Internet]. 2015. Disponível em: http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
 128. Comissão dos Cidadãos Para os Direitos Humanos. Declaração da Saúde Mental [Internet]. Comissão dos cidadãos para os Direitos Humanos. 2018. Disponível em: <http://www.cchr.pt/about-us/mental-health-declaration-of-human-rights.html>
 129. Albuquerque A. Capacidade Jurídica e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2018. 284 p.
 130. The Health Foundation. Evidence: Helping people help themselves [Internet]. 2011. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publication/evidence-helping-people-help-themselves>
 131. Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. A/HRC/RES/36/13 out 2013. Salud mental y derechos humanos [Internet]. 2013. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/295/03/PDF/G1729503.pdf?OpenElement>
 132. Uemura L; Mariotti MC. Estigma e transtorno mental: perspectiva do terapeuta ocupacional [Internet]. Vol. 26, Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97425/0>
 133. Unidas O das N. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez [Internet]. 2013. Disponível em: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf
 134. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? [Internet]. Vol. 16, Advances in Psychiatric Treatment. 2010. p. 53–9. Disponível em: <http://apt.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/apt.bp.107.004481>
 135. The British Institute of Human Rights. Mental health, mental capacity: my human rights [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www.awp.nhs.uk/media/852440/my-human-rights-easy-read-version.pdf>
 136. Unidas O das N. La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. A/63/175 [Internet]. 2008. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/UNStudiesAndReports.aspx>

137. Comité de Derechos Humanos (CCPR) - ONU. Observaciones Generales aprobadas por el comité de derechos humanos, artículo 6°. 1984.
138. Albuquerque A. Dignidade humana: proposta de uma abordagem bioética baseada em princípio [Internet]. Vol. 18, Rev. Dir. Gar. Fund. 2017. p. 111–38. Disponível em: <http://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/download/1140/pdf>
139. Stobbe E. Um debate sobre o conceito kantiano de “fim em si mesmo”: Um conceito descritivo ou normativo? *Estud Kantianos*. Marília; 2017;5(1):407–28.
140. Organização das Nações Unidas. Consejo Económico y Social. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Portuguesa; 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
141. Organização das Nações Unidas. Report To the Commission on Human Rights (main focus: Mental disability and the right to health). 2005;10896:1–29.
142. “Será que Nise da Silveira teve seu trabalho reconhecido em vida?” [Internet]. Rio de Janeiro: Canal Tome Ciência; 1988. p. Vídeo 1. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ugx5OmHwzSc>
143. “Dra. Nise da Silveira”. Prêmio Personalidade Global Feminina. Rio de Janeiro: TV Globo; 1974. p. Vídeo 2.
144. Passetti E. Nise da Silveira, uma vida como obra de arte [Internet]. Rio de Janeiro; 1991. p. Vídeo 3. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_IEGW5HITd0
145. Hirszman L. Nise da Silveira - Posfácio: Imagens do Inconsciente [Internet]. Rio de Janeiro; 1986. p. Vídeo 4. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EDg0zjMe4nA>
146. Filho, Luís Gonzaga Pereira Leal; Rocha R. Nise da Silveira do mundo da Caralâmpia à emoção de lidar [Internet]. Rio de Janeiro; 1992. p. Parte I, II, III. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gfKhvKV8h-s>
147. Oliveira J, Zoca P. Olhar de Nise. Plataforma NOW; 2016.
148. Goffman E. Estigma - Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada [Internet]. 4^a. LTC; 1988. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/212947/mod_resource/content/3/Goffman_Estigma_e_identidade_social.pdf
149. Caponi S. Biopolítica e medicalização dos anormais [Internet]. Vol. 19, Rev. Revista de Saúde Coletiva. 2009. p. 529–49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200016&script=sci_abstract&lng=pt
150. Corrigan PWA. Understanding the impact of stigma on people with mental illness [Internet]. Vol. 1, *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*. 2002. p. 16–20. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/6842078_The_impact_of_stigma_on_people_with_mental_illness
151. World Health Organization Regional Office Europe. Stigma and discrimination [Internet]. 2018. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental->

- health/priority-areas/stigma-and-discrimination Acesso em: 11 out 2018.
152. Lakdawala PD. Doctor-Patient Relationship in Psychiatry [Internet]. Vol. 13, Mens Sana Monogr. 2015. p. 82–90. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4381325> Acesso em: 11 out 2018.
 153. Fong Ha J; Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review [Internet]. Vol. 10, Ochsner J. Spring. 2010. p. 38–43. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184>
 154. Silveira N. Gatos, A Emoção de Lidar [Internet]. Rio de Janeiro: Léo Christiano Editorial; 1998. Disponível em: <https://filosoficabiblioteca.files.wordpress.com/2017/10/silveira-nise-gatos-a-emoc3a7c3a3o-de-lidar.pdf> Acesso em: 11 out 2018.
 155. Amarante P. Rumo ao fim dos manicômios. In: Revista Mente & Cérebro. São Paulo: Duetto Edit; 2006. p. 30–5.
 156. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional Regional 3. Terapia Ocupacional em saúde mental [Internet]. Disponível em:
http://www.crefito3.org.br/dsn/pdfs/manuais/Saude_Mental.pdf
 157. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.
 158. Gaudenzi, P; Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização [Internet]. Vol. 16, Interface - Comunic., Saude, Educ. 2012. p. 21–34. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf> Acesso em: 11 out 2018.
 159. Tesser C. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica [Internet]. Vol. 10, Interface (Botucatu). 2006. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 11 out 2018.
 160. Dulce E. Nise da Silveira: a mulher que revolucionou o tratamento mental por meio da arte [Internet]. Brasil de Fato. 2018. Disponível em:
<https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/nise-da-silveira-a-mulher-que-revolucionou-o-tratamento-da-loucura-por-meio-da-arte>
<https://www.brasildefato.com.br/2018/02/15/nise-da-silveira-a-mulher-que-revolucionou-o-tratamento-da-loucura-por-meio-da-arte>
 161. Fonseca F. Mídia, poder e democracia: teoria e práxis dos meios de dos meios de comunicação [Internet]. Vol. 6, Rev. Bras. Ciênc. Polít. 2011. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522011000200003 Acesso em: 11 out 2018.
 162. Amarante, P; Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios [Internet]. Vol. 23, Ciênc. saúde coletiva. 2018. p. 2067–74. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000602067&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 11 out 2018.
 163. Silva SS. A Saúde Mental e a Fabricação da Normalidade: Uma Crítica aos Excessos do Ideal Normalizador a Partir das Obras de Foucault e Canguilhem [Internet]. Vol. 12, Interação em

Psicologia. 2008. p. 141–50. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/8322>
Acesso em: 11 out 2018.