

**Políticas públicas em saúde mental: uma análise de seus avanços e retrocessos a partir do caso Ximenes Lopes vs. Brasil**

***Public policies in mental health: an analysis of its progress and retrocesses from the case of Ximenes Lopes vs. Brazil***

Nicoli Francieli Gross<sup>1</sup>

Lorenzo Borges De Pietro<sup>2</sup>

Miguel Sávio Ávila da Rocha<sup>3</sup>

**RESUMO**

O estudo objetiva analisar os avanços e retrocessos das políticas públicas em saúde mental no nosso país, a partir da primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), mais especificamente no *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*. Pretende-se estudar, também, a Política Básica em Saúde Mental, bem como a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Sintetiza-se o problema orientador da pesquisa da seguinte forma: Quais foram as medidas adotadas pelo Estado Brasileiro após sua primeira condenação na CIDH envolvendo saúde mental? Indaga-se, ainda, em perspectiva crítica, se as medidas de segurança de internação, hodiernamente adotadas em nosso Estado, estão em conformidade com a Lei 10.216/2001? Através de método hipotético-dedutivo, baseado em pesquisa bibliográfica e análise documental, constata-se que se, de um lado, há uma realidade normativa acerca do direito à saúde mental suficientemente consolidada, de outro, a efetivação das políticas públicas colocam-se ora como realidade (em especial nos médios e grandes centros urbanos), ora como ficção (nos municípios menores em que há

---

<sup>1</sup> Mestranda em Direito pela Universidade Federal de Pelotas - UFPEL. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo PPGD UFPEL. Pós-Graduanda em Direito Médico e Saúde – UNISC. Bacharela em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, com período sanduiche na Universidade de Porto em Portugal. E-mail: [grossnicoli99@gmail.com](mailto:grossnicoli99@gmail.com).

<sup>2</sup> Especialista em Direito Constitucional e Eleitoral. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Pelotas - UFPEL (área de concentração: direitos sociais). Advogado. Email: [lorenzo.pietrob@gmail.com](mailto:lorenzo.pietrob@gmail.com).

<sup>3</sup> Especialista em Direito Processual Civil. Mestrando em Direito pela Universidade Federal de Pelotas - UFPEL. Membro do grupo de pesquisa "Acesso à Justiça no século XXI: o tratamento dos conflitos na contemporaneidade" (CNPq), vinculado à Faculdade de Direito da UFPEL. Membro do grupo de pesquisa "Estado, Constituição e Direitos Fundamentais" (CNPq), vinculado à Faculdade de Direito – UFPEL. Membro do grupo de pesquisa "Jurisdição constitucional, diálogos institucionais entre os poderes e tutela dos direitos fundamentais" (CNPq), vinculado à Faculdade de Direito – UFPEL. Analista/Apoio Direito do Ministério Público da União. Email: [migdarocha@gmail.com](mailto:migdarocha@gmail.com).

desassistência, até mesmo na urgência e emergência), notadamente em temáticas relacionadas a doentes mentais.

**Palavras-chave:** *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil; Doente Mental; Infrator; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental.*

## **ABSTRACT**

*The study aims to analyze the advances and setbacks of public policies in mental health in our country, from the first conviction of Brazil in the Inter-American Court of Human Rights (CIDH), more specifically in the case of Ximenes Lopes v. Brazil. It is also intended to study the Basic Policy on Mental Health, as well as Law 10,216, of April 6, 2001. The guiding problem of the research is summarized as follows: What were the measures adopted by the Brazilian State after its first CIDH conviction involving mental health? It is also questioned, from a critical perspective, whether the internment security measures currently adopted in our State are in compliance with Law 10.216/2001? Through a hypothetical-deductive method, based on bibliographic research and document analysis, it appears that if, on the one hand, there is a sufficiently consolidated normative reality about the right to mental health, on the other hand, the effectiveness of public policies is now as reality (especially in medium and large urban centers), sometimes as fiction (in smaller municipalities where there is lack of assistance, even in urgent and emergency cases), notably in themes related to the mentally ill.*

**Keywords:** *Case Ximenes Lopes v. Brazil; Brain sick; Offender; Psychiatric Reform; Mental health.*

## **1 INTRODUÇÃO**

O doente mental é recepcionado na sociedade enquanto um ser perigoso em razão de sua anomalia psíquica. Por sua peculiaridade o doente mental é visto como um sujeito “instável”, que a qualquer momento pode cometer um delito. Portanto, em decorrência disso, os “manicômios judiciais” foram criados para separar o sujeito “anormal” do “normal”, a fim de prover a “segurança” da sociedade. Ocorre que muitos desses estabelecimentos ainda em funcionamento estão acabando com a vida de milhares de pacientes, justamente por não dispor de equipes médicas que possam os atender, com a entrega de um tratamento digno.

O processo de segregação e marginalização aos doentes mentais está enclausurado em nossa sociedade desde, pelo menos, o final do ano de 1999. Este ano ficou marcado pela violação de direitos humanos de um deficiente mental – esta proveniente de alterações no funcionamento de seu cérebro -, Sr. Damião Ximenes Lopes, que veio a óbito, com 30 anos de idade, após três dias de internação na Casa de Repouso Guararapes, no município de Sobral, estado do Ceará (PAIVA; HEEMANN, 2017). Este caso ensejou a primeira condenação do Brasil na Corte IDH, com sentença de mérito publicada em 04 de julho de 2006, a qual abrangeu, além de condenação em si do Estado demandado, reparação e custas (OEA, 2006)<sup>4</sup>.

Em razão da condenação acima referenciada, o Brasil passou a rever o seu método de tratamento aos doentes mentais em conflito com a lei e a implementar novas políticas públicas em saúde mental, de modo a assegurar e efetivar os direitos sociais e fundamentais no âmbito das medidas de segurança de internação. As novas mudanças começaram a ser vistas, com maior nitidez, a partir do ano de 2001, quando da vigência da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10/216/2001), normativo que prevê a garantia e a promoção do direito à saúde mental aos doentes mentais (BRASIL, 2001). Somam-se a isso o advento de portarias, e medidas outras correlatas, que visam a garantir a dignidade humana dos doentes mentais no Brasil<sup>5</sup>.

Entretanto, o campo de atenção psicossocial no Brasil passa, atualmente, por uma crise sem precedentes na história da Reforma Psiquiátrica. Nos últimos anos, os recursos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estão sendo alvo de cortes por parte do Ministério da Saúde mediante portaria, representando verdadeiro retrocesso na política de atendimento a pessoas com transtornos mentais.

Esse trabalho objetiva, pois, como sinalizado, analisar os avanços e retrocessos das políticas públicas em saúde mental, principalmente após a primeira condenação do Brasil na CIDH. Além disso, pretende-se estudar a Política Básica em Saúde Mental e a Lei 10.216/2001. O problema orientador da pesquisa pode ser

---

<sup>4</sup> Acessível em: [https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf)

<sup>5</sup> Cita-se, alguns exemplos dessas portarias e normativos que visam ao atingimento de ditas garantias: Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Constituição Federal de 1988; Lei Orgânica de Saúde (Decreto 7.508/2011); Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006). (VIVAS, 2021).

sintetizado da seguinte forma: Quais foram as medidas adotadas pelo Estado Brasileiro após sua primeira condenação na CIDH envolvendo saúde mental? Indague-se, ainda, em perspectiva crítica, se as medidas de segurança de internação, hodiernamente adotadas em nosso Estado, estão em conformidade com a Lei 10.216/2001?

Para alcançar resposta aos problemas apontados, encontra-se o artigo estruturado em três seções distintas: na primeira seção, analisa-se o enquadramento do doente mental pelo viés dos códigos penais que se sucederam na história do Brasil, uma vez que a aliança entre direito e medicina (psiquiátrica) gerou um campo vasto de observação para os juristas, que passaram a admitir as causas do crime e da criminalidade; após tal teorização, debruça-se o estudo sobre o processo de implementação e importância da Lei nº 10.216/2001, bem como acerca de suas respectivas portarias, que deram ênfase à garantia da promoção do direito à saúde mental aos infratores com transtornos psíquicos; por fim, em recapitulação da memória institucional sobre as ações vinculadas ao tema, abordar-se-á o emblemático *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil* e seus impactos no contexto das medidas de segurança de internações e tratamentos aos doentes mentais em conflito com a lei - pretende-se, ainda, no ponto, elucidar algumas questões controversas relacionadas à atuação dos entes governamentais e às Políticas Públicas em Saúde Mental.

Através, portanto, de método de abordagem hipotético-dedutivo, baseado em pesquisa bibliográfica e análise documental, percebe-se, apesar dos significativos avanços na área da saúde mental, muitos deles resultantes do *Caso de Ximenes Lopes*, o Ministério da Saúde em conjunto com os entes governamentais realizaram cortes de investimentos públicos nesse setor (saúde mental), com a revogação, por exemplo, de portarias que versavam sobre o segmento da saúde mental.

## **2 INFRATORES COM TRANSTORNO MENTAL: SOMOS PERIGOSOS?**

A doença mental foi percebida e interpretada de formas muito diversas ao longo da história, explicada através de paradigmas pré-científicos, metafísicos e mágico-religiosos (FOUCAULT, 1993). Na sociedade primitiva a doença mental era

tida como “loucura”, isto porque o entendimento que se tinha era completamente diferente e diverso do atual. Em dito período, o sujeito “louco” era um ser sagrado, que merecia respeito e distinção, sendo seus atos considerados manifestações divinas (FOUCAULT, 1993).

Já na antiguidade grega, a loucura possuía caráter mitológico, que se coadunava com algo normal, sem distinção entre o “louco” e o “normal”. No final da idade média, com o desaparecimento da lepra do mundo ocidental, “os leprosários ficaram vazios na Europa e tornaram-se casas de correção para jovens. Os poucos leprosos que restaram eram agrupados no hospital dos incuráveis” (PEREIRA, 2018, p. 02). Por volta da metade do século XVII, a “loucura” passa a substituir o espaço moral de exclusão até então ocupado pela lepra e pelas doenças venéreas.

Para Pereira (2018, p.03), “a verdadeira herança da lepra deve ser buscada não nela própria, mas sim em um fenômeno complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a loucura”. Foi necessário que passassem dois séculos para que esse novo espantalho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscitasse com ela reações de divisão e de exclusão (FOUCAULT, 2014). Para Foucault (2014, p. 12), preteritamente à loucura ser dominada “por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença”.

Mais a frente, com o advento da Revolução Francesa, no século XVIII, o conceito de loucura passou a ser tratado enquanto um problema de saúde, cujo avanço se deu através da revolução psiquiátrica, momento em que o médico francês Philippe Pinel denotou que a loucura, na verdade, tratava-se de uma doença que deveria ser curada ou controlada. Ocorre que o seu tratamento era baseado na vigilância do sujeito, sendo que qualquer desvio deveria ser imediatamente comunicado e, conseqüentemente, punido (FOUCAULT, 1993).

À vista disso, surgiram novas ciências com o intuito de estudar a cognição e as emoções. Na Alemanha, Wilhelm Fund inaugurou o primeiro laboratório de psicologia, enquanto os americanos avançavam no campo da psiquiatria. Em 1886, Sigmund Freud criou a psicanálise, e, posteriormente, em 1900, publicou a obra “Interpretação dos Sonhos”, onde analisou os distúrbios de personalidade com base

na sexualidade vivida durante a infância. Desta forma, a loucura passa a ser relacionada à medicina, tornando-se precursora de uma divisão que ocorreria no século seguinte entre doenças físicas e psicológicas (FOUCAULT, 1993).

A loucura, no século XIX, ganha maior notoriedade do que a psicologia, biologia e física. Ao longo dos séculos, as mudanças mais perceptíveis, conforme Pereira (2018, p. 05): “não são aquelas que tratam apenas dos locais os quais se acolhiam os loucos, mas principalmente o ‘ator’ social a quem este louco passava importar de acordo com seu novo enquadramento de ‘papel social’ que passará a ocupar”.

Visível que a concepção da “loucura” vem sendo estigmatizada pela exclusão social, produzida fortemente em conjunto com uma dimensão temporal que a sustenta. Atualmente, a compreensão social que se tem é que a “loucura”, em verdade, refere-se a doenças mentais - DSM IV e CID-10 (*American Psychiatric Association*, 2014). A transição da nomenclatura “louco” para “doente mental” só se fez em vocabulário, haja vista que, na prática, no que diz respeito a seus direitos, estes continuam sendo segregados e estigmatizados pelo Estado.

Na legislação brasileira, desde o Código Criminal do Império, de 1830, os infratores com transtorno mental são elencados como seres irresponsáveis, exceto “os loucos que tiverem intervalos lúcidos e neles cometerem crimes” (BRASIL, 1830, art. 12). Sob a influência francesa, esse diploma fundava a responsabilidade penal sobre o livre arbítrio, que, enquanto capacidade racional de discernimento, estava ausente no “louco”. Ainda, naquela época, o Código Penal previa que os “loucos” que cometessem algum crime poderiam ser entregues “às famílias e às casas a eles destinadas” (BRASIL, 1830, art. 13), conforme decisão do magistrado.

Já em 1940, o Código Penal brasileiro avançou de forma significativa, ao passo que implementou a internação do “louco” infrator em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, medida reconhecida como de natureza jurídico-penal a ser imposta quando o sujeito, ao praticar conduta tipificada como crime, revelasse periculosidade. Nesse primeiro momento, nas palavras de Prado e Schindler (2017, p. 631): “a medida de segurança foi adotada para os inimputáveis em razão de doença

mental, mas também àqueles que, embora imputáveis, fossem considerados perigosos, conforme o disposto no art. 77”.

Vale salientar, no aspecto, que o sistema do duplo binário, que visava a aplicação de pena seguida de execução de medida de segurança, permaneceu vigente no Brasil até meado da década de 1980, quando foi alterada a parte geral do Código Penal - em 1984, momento em que passou a ser aplicado o sistema vicariante – ou seja, pena para imputáveis e medida de segurança aos inimputáveis.

Acerca da responsabilidade penal em si, infere-se do artigo 26 do Código Penal que a doença mental implicaria (estaria relacionada) na total impossibilidade de entendimento ou de autodeterminação adequados em relação a uma situação considerada ilícito penal (BRASIL, 1940). Ademais, o referido diploma substantivo prevê que a medida de segurança será executada por tempo indeterminado (art. 97, §1º), dependendo da cessação da periculosidade, verificada por perícia médica. apesar de ser pacífico nos Tribunais Superiores que esta não deve ser estendida *ad aeternum*, como pode ser verificado no AgRg no HC n. 779.473/SC, de Relatoria do Ministro Ribeiro Dantas (BRASIL, 2023), inclusive sumulado pelo STJ na súmula 527, bem como pelo Supremo Tribunal Federal no HC 107432/RS de Relatoria do Ministro Ricardo Lewandowski (BRASIL, 2011).

A medida de segurança se fundamenta na periculosidade do agente revelada quando do cometimento de ilícitos penais, estando (essa periculosidade) apoiada no ideal de realização de defesa social e traduzida como faceta de um *jus puniendi*, com o fim de afastar pessoas perigosas do convívio social. Ocorre que por não estar definida no sistema normativo, cremos que a periculosidade do infrator, acometido por doença mental, terá de ser aferida perante o Poder Judiciário, mediante exame médico-pericial, providência que servirá para atestar ser o indivíduo, ou não, perigoso ao convívio social. De forma ainda mais específica, o exame que verifica a integridade mental e, conseqüentemente, a periculosidade do infrator dá-se, processualmente, por meio de incidente de insanidade mental<sup>6</sup>, a ser realizado por

---

<sup>6</sup> Art. 153. O incidente da insanidade mental processar-se-á em auto apartado, que só depois da apresentação do laudo, será apenso ao processo principal.

psiquiatras e analisado pelo magistrado para fins de determinação da inimputabilidade do indivíduo e, se assim for o caso, imposição de medida de segurança.

As medidas de segurança - artigo 96 do Código Penal<sup>7</sup> -, portanto, com destaque à internação - de indivíduos considerados perigosos à sociedade -, surgem no intuito de, simultaneamente, propiciar o tratamento psiquiátrico adequado ao infrator com transtornos psíquicos e manter a paz e segurança social (BRASIL, 1940).

Diante do exposto, percebe-se que a internação compulsória, muito embora não seja perpétua – dada disposições constitucionais e entendimentos jurisprudenciais hodiernos -, pode ensejar, por estabelecer apenas prazo mínimo e não prazo limite de recolhimento - ou seja, sem qualquer observância do princípio da individualização da pena -, sofrimento demasiado a doentes mentais em hospitais psiquiátricos, unidades essas muitas vezes não estruturadas de forma mínima para o recebimento e tratamento desses pacientes.

### **3 REFORMA PSIQUIÁTRICA: DIREITO À SAÚDE MENTAL PARA QUEM?**

Os doentes mentais sempre foram alvos de uma política segregacionista, que adotava um sistema impróprio e inadequado para deter, a qualquer custo, esses indivíduos. O método adotado, e defendido, era os manicômios, lugar superlotado e precário de atendimento, uma vez que os recursos necessários para o tratamento aos doentes mentais se mostravam totalmente escassos. Essa percepção de calamidade dos manicômios somente começou a ser vista e reivindicada a partir da Segunda Guerra Mundial, em especial de algumas lutas nesse sentido, tais como o Movimento Institucional na França e a Ascensão das Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, os quais culminaram em movimento mais amplo de antipsiquiatria que defendia perspectivas humanistas sobre a saúde mental (GOULART, 2006).

A emergência dessa Reforma no Brasil somente se iniciou no final da década de 1970, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), de

---

<sup>7</sup> Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

insurgência plural, pois formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. O MTSM, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a denúncia da violência dos manicômios, de mercantilização da loucura (BRASIL, 2005).

Durante os anos de 1960 até 1980, as redes assistenciais eram oferecidas no Brasil de forma massiva, sustentada por recursos advindos da unificação da Previdência Social. Essa rede trabalhava com modelos terapêuticos precários, com uso abusivo de psicofármacos e com o isolamento dos doentes mentais em manicômios. Isso resultou em inúmeras complicações, erros médicos, índices de mortalidade e segregação dos usuários (GOULART, 2006). Nesse sentido, Goulart (2006, p. 5) sustenta que durante esse período a regulamentação desses institutos eram redigidas pela “legislação de 1934, que era composta pelos artigos 9º, 10º e 11º<sup>8</sup>, que vigorou no Brasil até o ano de 2000”.

As internações ocorriam de forma automática e arbitrária, conhecida como a “autorização de sequestro”, privando os pacientes de liberdade, mantendo-os em cativeiro. No transcorrer das reivindicações, ainda nesse período, para Figueiredo, Delevati e Tavares (2014, p. 128) “ocorreu um incentivo à multiprofissional dentro dos hospitais psiquiátricos, sendo um ponto central a entrada do profissional de psicologia na saúde pública”. Diante disso, foram implementados os ambulatórios juntamente a um modelo preventivo, entretanto, na prática, o modelo começou a demonstrar fragilidade e incapacidade ao processo de desospitalização, como a intensificação de sintomas e o atendimento a grupos de pais (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

---

<sup>8</sup> Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata [doente mental] em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico. Art. 10º O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento. Art. 11º A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita: a) por ordem judicial ou requisição de autoridade policial; b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões que determinantes da sua solicitação.

Esse período ficou também marcado pelas objeções trabalhistas, gerando debates acerca do tratamento psiquiátrico no Brasil, que teve como consequência a demissão de estagiários e profissionais grevistas (VANSCONCELLOS, 2008).

A proposta da Reforma Psiquiátrica deu azo, em certo momento, a documento chamado “Diretrizes para área de Saúde Mental”, redigido pelo Ministério da Saúde, na década de 1980, que defendia o tratamento extra-hospitalar, a limitação do período de internação, a reintegração familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas no campo da Saúde Mental (VASCONCELLOS, 2008). Trata-se esse momento histórico, enfim, de um processo de redemocratização do país, caracterizado pela transição da fase sanitária – reformas que tinham o objetivo de inverter a política nacional de privatizante para estatizante e a implementação de serviços extra-hospitalares – para a fase de desinstitucionalização e desospitalização (AMARANTE; TORRE, 2001). Desse modo, surgiram novos espaços para a realização de conferências e de propostas voltadas à elaboração de novos serviços assistenciais.

Nos anos de 1986 e 1987 foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde mental, que passaram a estabelecer trabalho interdisciplinar direcionado à valorização dos profissionais da saúde. A inviabilidade de adotar tais medidas e de solucionar outros impasses propiciou o surgimento de diversos modelos de assistência, bem como novas teorias e práticas. Nesse período, os profissionais de saúde e pessoas relacionadas às áreas de psiquiatria iniciariam a implementação dos ideais buscados pelo Movimento Antimanicomial e de novas instituições que atendessem os portadores de sofrimento psíquico sem que fosse necessária uma internação, propondo instituições abertas, com atendimento adequado, sem violência, sem tortura, mantendo a dignidade de cada paciente e oferecendo a eles maior qualidade de vida, tanto junto à família como no meio social (CORREIA, 2005).

Nesse viés, adotaram-se novos serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), o que proporcionou, assim, consultas médicas, atendimento psicológico, terapia ocupacional, entre outros serviços (VASCONCELLOS, 2008).

Surgido em 1989, o NAPS teve o intuito de desconstruir o manicômio e produzir uma instituição que não segregue e não exclua, mas receba e trate com dignidade os portadores de anomalias. O NAPS detém estratégias fundamentais para a realização de seus objetivos, a saber: estratégia de regionalização, que visa a ação de transformação cultural, bem como requer conhecer as necessidades e o percurso da demanda psiquiátrica; a estratégia da abertura do debate aos cidadãos, dialogando com a comunidade por meio das associações, sindicatos e igrejas, requerendo uma discussão que abranja diferentes formas de compreender a loucura, e a exclusão social; e, por fim, a estratégia do projeto terapêutico, envolvendo o cuidar do outro e evitar o abandono (AMARANTE, TORRE, 2001).

Através das constantes lutas antimanicomiais, o Deputado Federal Paulo Delgado, propôs, em 1989, o Projeto de Lei nº 3.657<sup>9</sup>, posteriormente transformado na Lei nº 10.216/2001, para redirecionar o modelo de atendimento a pessoas com transtorno mental – projeto que foi construído a partir de experiências locais de implementação de um modelo comunitário de atenção à saúde mental, que passou a ser conhecido como rede substitutiva. Posteriormente, em 1990, foi realizada a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, em Caracas, na Venezuela, evento no qual os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometeram-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica.

Diante dessas controvérsias e das diversas críticas à psiquiatria, no dia 6 de abril de 2001, aprovou-se a Lei nº 10.216, mais conhecida como Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, a qual proporcionou significativas mudanças no âmbito das internações. Além disso, essa lei está voltada a garantir a proteção dos direitos sociais e fundamentais aos portadores de sofrimento psíquico, proporcionando a eles um tratamento digno e humano, com vista a mudar a realidade dos Institutos Psiquiátricos e, assim, sedimentar o respeito à igualdade sem distinções de raça, sexo e nacionalidade. Sendo assim, como se percebe, o ano de 2001 ficou marcado como o ano de luta por saúde mental e pelos doentes mentais no Brasil.

---

<sup>9</sup> Acessível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>.

Pode-se afirmar, então, considerando o até aqui exposto, que a saúde mental no Brasil é um processo histórico recente, conquistado a partir do processo da Reforma Psiquiátrica no século XIX - haja vista que, até pouco tempo atrás, o modelo de assistência psiquiátrica no Brasil fundamentava-se em legislação de 1934, que preconizava, substancialmente, a hospitalização do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública, modelo este sabidamente falido. A vista disso, um novo modelo surge a partir do processo de democratização do país, onde as lutas por direitos e a influência das inovações em saúde mental no âmbito internacional, contribuíram, significativamente, à implementação da assistência pública à saúde mental, estruturada por meio de uma rede de serviço denominada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que, normativamente, direciona-se a priorizar o atendimento comunitário e de base territorial.

Imprescindível ressaltar, outrossim, que os movimentos sanitários e a luta antimanicomial, bem como a Reforma Psiquiátrica nas décadas de 1970 e 1980, culminaram na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), seguido por um processo gradual que visava uma reforma estrutural da concepção do modelo de atenção à saúde mental, com início dos fechamentos de leitos psiquiátricos e a criação de uma rede substitutiva extra-hospitalar. Desde então, reforçados por novos dispositivos institucionais, muitos foram os avanços na política de saúde mental, na busca pela ruptura de paradigmas manicomiais, afastamento de estigmas e reconhecimento de cidadania. Anote-se, ainda, que, em 1991, a Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, registrada sob o nº 9.716/91, instituiu regras de proteção ao portador de sofrimento psíquicos, além de determinar que, progressivamente, os leitos de hospitais e manicômios fossem substituídos pelo sistema de atenção integral em saúde mental.

A partir da avaliação do processo historiado, percebe-se que a Reforma Psiquiátrica brasileira é um movimento social que surgiu com o objetivo de transcender o modelo hospitalocêntrico, embasado em concepções e práticas centradas na doença. Desde a implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica, surgiram novos programas brasileiros destinados à assistência de pessoas em sofrimento psíquico, submetidos ao sistema de justiça criminal. No ano de 2000, foi

implementado o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ) e, em 2006, foi instituído o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI).

No que se refere ao primeiro programa mencionado, visa-se promover o acesso ao tratamento em saúde mental na rede substitutiva ao modelo manicomial, privilegiando o acompanhamento de cada sujeito para que a execução da sentença possa se dar de forma a considerar os pacientes como sujeitos de direito e capazes de responder por seus atos. O referido programa contribuiu na dispensa dos manicômios judiciais para cumprimento de pena pelos loucos infratores (BARROS-BRISSET, 2010, p. 29). Diferente do PAI-PJ, o PAILI não está integrado diretamente ao Poder Judiciário, mas à Secretária de Saúde do Estado. Com funcionamento desde o ano de 2006, na cidade de Goiânia, segue proposta elaborada pela 25ª Promotoria de Justiça, que teve como fundamento as disposições da Lei nº 10.216/2001. Desde aquele momento, assumiu o programa a tarefa de acompanhar os pacientes julgados e absolvidos pela Justiça Criminal, submetidos à internação psiquiátrica ou ao tratamento ambulatorial.

Embora os desacertos e as dificuldades, o PAILI, para Branco (2019, p. 215), sem dúvida alguma “é o programa que mais se aproxima da Reforma Psiquiátrica (em âmbito penal) e que consegue estabelecer, verdadeiramente, a Lei 10.216/2001 como sua base estruturante e norteadora das ações práticas”.

Fato é que se, por um lado, pode-se dizer que há uma realidade normativa acerca do direito à saúde mental suficientemente consolidada, por outro, a efetivação das políticas públicas coloca-se, ora como realidade (em especial nos médios e grandes centros urbanos), ora como ficção (nos municípios menores em que há desassistência, até mesmo na urgência e emergência), principalmente nas temáticas relacionadas aos doentes mentais.

#### **4 ANÁLISE DAS MUDANÇAS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL SOB A PERSPECTIVA DO CASO XIMENES LOPES**

No dia 1º de outubro de 2004, conforme o disposto nos artigos 50 e 61<sup>10</sup> da Convenção Americana de Direitos Humanos, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos submeteu à Corte demanda contra a República Federativa do Brasil, originada da denúncia nº 12.237, recebida na Secretária da Comissão em 22 de novembro de 1999. A Comissão apresentou a respectiva demanda com o objetivo de que a CIDH decidisse se o Estado Brasileiro era responsável pela violação dos direitos consagrados nos artigos 4º (Direito à Vida), 5º (Direito à Integridade Pessoal), 8º (Garantias Judiciais) e 25º (Proteção Judicial) da Convenção Americana, do senhor Damião Ximenes Lopes (vítima), portador de deficiência mental, pelas supostas condições desumanas e degradantes decorrentes de sua hospitalização na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, estado do Ceará (PAIVA; HEEMANN, 2017).

Damião Ximenes Lopes, à época com 30 anos de idade, foi internado em outubro de 1999 em uma clínica psiquiátrica do município de Sobral, Ceará. Conforme ressaltam Rosato e Correia (2011, p. 07), o “rapaz apresentava um intenso quadro de sofrimento mental, razão pela qual foi levado por sua mãe, Albertina Lopes, à citada instituição para ter cuidados médicos”. A Casa de Repouso Guararapes, local onde foi internado para receber tratamento psiquiátrico privado, operava no âmbito SUS. Três dias após sua internação, sua mãe o visitou, onde constatou um indivíduo:

cambaleado, com as mãos amarradas para trás, roupa toda estragada, a mostrar a cueca, corpo sujo de sangue, fedía urina, fezes e sangue podre. Nas fossas nasais bolões de sangue coagulado. Rosto e corpo apresentavam sinais de ter sido impiedosamente espancado. (PAIXÃO; FRISSO; SILVA, 2007, p. 5).

Ao encontrar o filho em situação deplorável, a senhora Albertina solicitou ao médico responsável, Dr. Ivo, que o examinasse, sendo que, no entanto, limitou-se

---

<sup>10</sup>Art. 50: §1. Se não se chegar a uma solução, e dentro do prazo que for fixado pelo Estatuto da Comissão, esta redigirá um relatório no qual exporá os fatos e suas conclusões. Se o relatório não representar, no todo ou em parte, o acordo unânime dos membros da Comissão, qualquer deles poderá agregar ao referido relatório seu voto em separado. Também se agregarão ao relatório as exposições verbais ou escritas que houverem sido feitas pelos interessados em virtude do inciso 1, e, do artigo 48; §2. O relatório será encaminhado aos Estados interessados, aos quais não será facultado publicá-lo; §3. Ao encaminhar o relatório, a Comissão pode formular as proposições e recomendações que julgar adequadas.

Art. 61: §1. Somente os Estados Partes e a Comissão têm direito de submeter caso à decisão da Corte; §2. Para que a Corte possa conhecer de qualquer caso, é necessário que sejam esgotados os processos previstos nos artigos 48 a 50.

o profissional a prescrever um medicamento injetável. Mais tarde, a senhora Albertina retornou à sua casa em Varjota, Ceará, e lá chegando foi informada sobre um telefonema da Casa de Repouso Guararapes comunicando o falecimento de Damião, que, segundo o que constou de laudo do médico responsável, Dr. Ivo, deu-se por razões naturais, resultante de parada cardiorrespiratória. A partir daí, iniciou-se uma verdadeira luta da família pelo esclarecimento do que, de fato, teria ocorrido naquela ocasião, bem como pela identificação e responsabilização dos autores da morte de Damião. (PAIXÃO; FRISSE; SILVA, 2007, p. 5-6).

Ainda, no mesmo dia, trasladaram o corpo de Damião para o Instituto Médico Legal Dr. Walter Porto, onde a necropsia foi realizada pelo mesmo médico da casa de repouso, que negligenciou a situação, concluindo, conforme relatam Rosato e Correia (2011, p. 07), pela “morte real de causa indeterminada do paciente”. Ao contrário do laudo realizado pelo médico da instituição, o médico André de Carvalho Ramos, identificou sinais e marcas no corpo de Damião que sinalizavam tortura, sendo este o motivo real que levou o paciente a óbito.

Diante desses fatos, a família de Damião Ximenes Lopes resolveu ajuizar ação criminal e ação civil indenizatória em face do proprietário da clínica psiquiátrica. No dia 22 de novembro de 1999, a família da vítima também peticionou perante à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) contra o Brasil, onde denunciou os fatos ocorridos em detrimento do seu familiar, Sr. Damião Ximenes Lopes. Posteriormente, uma organização não-governamental brasileira que realiza ações para denunciar violações de direitos humanos, chamada Justiça Global, entrou no caso na qualidade de copeticionária.

A denúncia foi acatada pela Comissão ainda no ano de 1999, órgão que acabou por notificar o Estado Brasileiro para que se pronunciasse acerca do caso. Notificado por três vezes pela CIDH para contestar a denúncia, o Estado brasileiro em nenhum momento se manifestou. Diante disso, no dia 14 de fevereiro de 2000 foi realizado uma nova denúncia na CIDH, oportunidade na qual foi informada a omissão das autoridades brasileiras e um novo caso de tortura ocorrida na mesma Instituição

em que Damião veio a óbito, conforme referido no Relatório admissibilidade nº 39/02<sup>11</sup>, a saber: “Trata-se do senhor Aduato, paciente citado no Boletim de Ocorrência da Casa de Repouso, como tendo sido vítima de agressão que enfermeiros da referida Casa de Repouso. A petionária não trouxe à colação nenhum dado que pudesse identificar a vítima, além de seu primeiro nome”. (BRASIL, 2002).

A Comissão aprovou o Relatório de Mérito nº 43/03 (OEA, 2006), mediante o qual concluiu, *inter alia*, que o Estado era responsável pela violação dos direitos consagrados nos artigos 5º (Direito à integridade pessoa), 4º (Direito à vida), 25º (Proteção Judicial) e 8º (Garantias judiciais), todos da Convenção Americana, em conexão com o art. 1.1 do mesmo instrumento, no que se refere à hospitalização do senhor Damião Ximenes Lopes em condições desumanas e degradantes, à violação a sua integridade pessoal e, ainda, ao seu assassinato, sem prejuízo de violações da obrigação de investigar, do direito a um recurso efetivo e das garantias judiciais relacionadas com a investigação dos fatos. A Comissão recomendou, assim, ao Estado Brasileiro a adoção de uma série de medidas para reparar as mencionadas violações. Contudo, mais uma vez, o Brasil não moveu esforços para adotar as orientações elencadas pela Comissão.

Não obstante algumas poucas providências referentes ao caso, o Brasil não cumpriu com as três recomendações da Comissão, e assim Comissão senão levar o caso à CIDH, no final de 2004. O Brasil, em resposta à notificação feita pela CIDH, encaminhou uma exceção preliminar alegando que não haviam sido esgotados as vias internas de recurso. A Corte compreendendo que tal justificativa era extemporânea, visto que a argumentação só caberia na etapa de admissibilidade do caso ante à Comissão. Considerando a improcedência da alegação, a Corte decidiu seguir com o julgamento do caso, sendo encaminhadas as alegações finais das partes envolvidas e da própria Corte. Enfim, no ano de 2006, por decisão unânime, a Corte sentenciou, nos seguintes termos:

- a) garantir, em um prazo razoável, que o processo interno destinado a investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos deste, caso surta seus

---

<sup>11</sup>O Relatório de admissibilidade nº 38/02 está disponível na seguinte página eletrônica: <https://summa.cejil.org/pt/entity/vyle2y9h4lu40a4i?page=1>.

devidos efeitos; b) publicar, no prazo de seis meses, no Diário Oficial e em outro jornal de ampla circulação nacional; c) ser dever de o Estado continuar desenvolvendo programas de capacitação profissional para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato de pessoas portadoras de deficiência mental; d) que o Estado efetue o pagamento em dinheiro, para a família da vítima, no prazo de um ano a título de indenização por danos materiais e imateriais no valor de \$ 146.000,00, além do pagamento de todas as despesas que estes tenham realizado nos processos da Justiça Brasileira e no exterior; e) e por fim, determinou que o Brasil apresentasse a corte um relatório sobre as medidas adotadas para o seu cumprimento. (OEA, 2006, p. 83).

O investimento feito pela família da vítima na demanda perante à CIDH obteve alguns resultados positivos, visto que o Brasil foi responsabilizado, internacionalmente, por violação de direitos humanos, fato até então inédito no país. Ao mesmo tempo, o Estado brasileiro foi instado a rever sua política, sendo pressionado a implementar mudanças na política pública em saúde mental, tanto do ponto de vista legislativo, como a nível de gestão e prestação de serviços à sociedade.

Apesar da política de saúde mental ter sido objeto de recentes reformulações no Brasil, notadamente com o advento da Lei nº 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), foi este normativo aprovado somente após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, o que nos permite afirmar que o *Caso Ximenes Lopes* contribuiu para acelerar o processo de regulação da Política Nacional de Saúde Mental.

Ao lado disso, não se pode deixar de mencionar que o Ministério da Saúde publicou, em 2008, a Portaria nº 154<sup>12</sup> (BRASIL, 2008), instrumento que cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Dentre as determinações contidas nessa Portaria está a recomendação de que cada NASF conte com, pelo menos, um profissional da área de saúde mental, tendo em vista a “magnitude epidemiológica dos transtornos mentais” (artigo 4º, § 2º). No que diz respeito às ações em saúde mental, esse documento estabelece que os NASF devem se integrar a rede de atenção em saúde mental (que inclui a rede de atenção básica/saúde da família, os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros), “organizando suas atividades a partir das demandas articuladas

---

<sup>12</sup> Acessível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html).

junto às equipes de saúde da família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários (...)" (ANEXO I).

Diante desses avanços, resta observar e questionar como tem sido a implementação dos dispositivos supramencionados no Brasil, no sentido de garantir aos usuários dos serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência integral à saúde mental, como prevê a Constituição Federal de 1988, e ao SUS. A descentralização do modelo de atendimento também é umas das diretrizes, quando se determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, devendo-se configurar redes de cuidado a fim de atentar às desigualdades existentes, ajustando as ações às necessidades da população de forma equânime e democrática.

Ocorre que outros pontos concernentes ao direito à saúde mental vêm sofrendo impactados negativos. Em 2020, em meio à crise na saúde brasileira, causada pela pandemia de COVID-19, o Ministério da Saúde apresentou ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde e à Secretaria Municipais de Saúde uma planilha com proposta de revogação de várias portarias, editadas entre 1991 e 2014, que estabelecem a política de saúde mental. Dentre estas, estava o fim do “Programa de Volta para Casa”, o encerramento das equipes de consultório na rua e do serviço residencial terapêutico. Destaca-se o baixo número de unidades de acolhimento consolidados no país, os quais têm importância significativa no modelo atual de atenção à saúde mental, sendo somente 65 unidades (BRASIL, 2020). No que se refere ao número de leitos em hospitais psiquiátricos, observando o período de 2002 até 2019<sup>13</sup>, constata-se uma redução progressiva com o fechamento de 35.861 mil leitos através do Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica (PRH). Todavia, apesar da mudança no perfil desses hospitais, o Brasil ainda tem 15.532 mil leitos psiquiátricos (BRASIL, 2019) – o que demonstra a manutenção do modelo

---

<sup>13</sup> Os dados utilizados para elaboração da presente pesquisa, são baseadas no último relatório da “Saúde Mental em Dados” de 2015, e nos dados do Ministério da Saúde de 2019. Ainda, não há dados atualizados referente a abordagem supramencionada. Portanto, não tem dados dos anos de 2021 até o presente ano de 2023.

hospitalocêntrico, mesmo com a implementação de serviços territoriais e comunitários.

Embora os números de violência tenham diminuído e presente, de fato, um avanço no âmbito das políticas públicas de atenção em saúde mental no Brasil, o Estado brasileiro ainda não adotou programas específicos de capacitação para o preparo de profissionais que trabalham nos serviços de saúde mental, sobretudo, nos hospitais psiquiátricos. Existem, ainda, registros de mortes em alguns Hospitais e Institutos Psiquiátricos no país, em decorrência da falta de atendimento médico e, inclusive, por maus tratos aos pacientes do estabelecimento.

Fato é que, de uns tempos para cá, as políticas públicas de saúde mental no Brasil vêm retrocedendo na medida em que o Estado negligencia a situação de calamidade do sistema de internações e tratamentos dos doentes mentais. A tentativa de cortes de recursos de atenção psicossocial confirma o descaso dos entes governamentais com os doentes mentais e familiares.

## 5 CONCLUSÃO

Portanto, delimitar o que é saúde mental e o que seria um direito à saúde mental ainda é tarefa difícil. Deve-se ter em mente que saúde não é somente a ausência de doenças, tampouco pode a saúde mental ser compreendida como sendo apenas a ausência de transtornos mentais, determinada por fatores sociais, econômicos e ambientais, assim como características e comportamentos individuais e coletivos. Trata-se a saúde mental, isso sim, de estado de bem-estar mental em que os sujeitos e as coletividades exercem sua habilidade de vida, em conjunto com sua comunidade e com respeito às diferenças. O direito à saúde mental é um direito social, que importa reconhecer a cidadania e a subjetividade das pessoas por meio da inclusão da diversidade de vidas, exercitando o direito ao (auto) cuidado e à autodeterminação.

O direito à saúde mental, frise-se, é abordado pela Constituição Federal de 1988 (art. 196), que a trata, geralmente, dentro do escopo mais amplo de saúde pública, isto é, não foi a temática abordada isoladamente. O Estado obriga-se a

proporcionar um tratamento adequado para cada tipo de necessidade, sempre no intuito de inserir o delinquente com transtorno psíquico novamente na sociedade, para conviver com familiares e amigos, levando uma vida de forma mais humana e, principalmente, com observância de suas fragilidades.

Esses avanços só ocorreram, de forma substancial, em razão da condenação do Brasil no *Caso Ximenes Lopes*. Os progressos foram significativos, apesar de não terem se mostrado suficientes o bastante para consolidar as demandas solicitadas pela Corte, tendo em vista que, até hoje, o Brasil não adotou algumas das medidas determinadas, tal como a capacitação de profissionais que atuam no campo da saúde mental.

No âmbito do tratamento manicomial de infratores com transtornos mentais, o Brasil, historicamente, assumiu uma postura de extrema violência e produção de “vidas nuas” (AGAMBEN, 2010) em instituições psiquiátricas. Exemplo disso foi o caso de Damião Ximenes Lopes e o massacre ocorrido no Hospital Colônia de Barbacena-MG.

Em face disso, entende-se que, apesar das conquistas advindas com a Lei 10.216/2001, a luta contra os “manicômios”, disfarçados de hospitais e Institutos Psiquiátricos, está longe de terminar, ao passo que o infrator com transtorno mental ainda precisa de tutela para que paradigmas vinculados a tratamentos que consistem na segregação do infrator não se sustentem.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG, 2010

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial**: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ ago. 2001.

BRANCO, Castelo Thayara. **A (Des)Legitimação das Medidas de Segurança no Brasil**. Livraria do Advogado. 2ª ed. Revista Ampliada, Porto Alegre: 2019.

BRASIL. **Decreto n.º 6.185, de 13 de agosto de 2007.** Autoriza a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República a dar cumprimento à sentença exarada pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2007.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Saúde Mental. Ministério da Saúde.** Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. Relatório Final. 25 a 28 de junho de 1987. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relat\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf). Acesso em: 22 abril 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

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

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 22 abril 2023.

BRASIL. **Relatório de admissibilidade nº 38/02.** Petição 12.237. Damião Ximenes Lopes. CEJIL; 9 de outubro de 2002. Disponível em:  
<https://summa.cejil.org/pt/entity/vyle2y9h4lu40a4i?page=1>. Acesso em: 10 abril 2023.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Quinta Turma. **Agravo Regimental no Habeas Corpus n. 779.473/SC.** Relator Ministro Ribeiro Dantas, julgado em 20 de março de 2023. Disponível em: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num\\_registro=202203375038&dt\\_publicacao=24/03/2023](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=202203375038&dt_publicacao=24/03/2023). Acesso em 02 agosto 2023.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Primeira Turma. **Habeas Corpus n. 107.432**. Relator Ministro Ricardo Lewandowski. Julgado em 24 de maio de 2011. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4036898>. Acesso em 02 de agosto 2023.

CORREIA, L. C. **O movimento antimanicomial**: movimento social de luta. Prim Facie, v. 5, n. 8, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/primafacie/article/view/7186>. Acesso em: 10 abr. 2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. SENTENÇA. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. 4 de julho de 2006. Disponível em: [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf). Acesso em: 02 abril de 2023.

COSTA, Augusto César de Farias. **Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. In: Direito Sanitário e Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_san\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf). Acesso em: 02 abril 2023.

FIGUEIRÊDO, Marianna L.R.; DELEVATI, Dalnei M.; TAVARES, Marcelo G. **Entre loucos e manicômios**: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. Ciências humanas e sociais; Maceió, v.1, n.2, p. 121-136; Nov 2014.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 3ª ed., São Paulo: Perspectiva, 1993.

GOULART, M. S. B. **A construção da mudança nas instituições sociais**: a reforma psiquiátrica. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v.1, n.1, São João Del-Rei, jun. 2006.

PRADO, Mascarenhas Alessandra; SCHINDLER, Danilo. **A medida de segurança na contramão da Lei de Reforma Psiquiátrica**: sobre a dificuldade de garantia do direito à liberdade a pacientes judiciários. Revista Direito GV, v.12, n.2, São Paulo: Maio-Ago 2017.

ROSATO, Maria Cássia; CORREIA, Cerqueira Ludmila. **Caso Damião Ximenes Lopes**: Mudanças e Desafios Após a Primeira Condenação do Brasil pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. Revista Internacional de Direitos Humanos. Conectas Direitos Humanos 10 anos- v.8, n. 1, jan-2011: São Paulos, 2011.

VASCONCELLOS, V. C. **A dinâmica do trabalho em saúde mental:** limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 2008. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Mestrado em Saúde Pública, 2008.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.

