

Previsão constitucional do direito social à saúde mental: novos caminhos para a Reforma Psiquiátrica brasileira

Constitutional rule of social right to mental health: new perspectives for Brazilian Psychiatric Reform

Ana Paula Barbosa-Fohrmann*
Laércio Melo Martins**

Resumo

O objetivo do presente artigo é demonstrar, a partir da hermenêutica da Carta Política de 1988, a existência do direito fundamental social à saúde mental. Nesse sentido, o caminho percorrido na construção da argumentação jurídica apresentará aspectos históricos e institucionais do campo da saúde pública brasileira, em conformidade com os debates sanitários e a incorporação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n.º 10.216/01), norma jurídica de natureza infraconstitucional, instituiu-se a Política Nacional de Saúde Mental, que apresentou, de modo amplo, os cuidados no campo mental e o reforço político das normas constitucionais relativas aos direitos fundamentais civis e sociais para todos os cidadãos, inclusive as pessoas em sofrimento psíquico. Por fim, outro dispositivo jurídico no ordenamento pátrio, com *status* de Emenda Constitucional, que também ratifica a existência da categoria *direito social à saúde mental*, trata-se da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (2006), que apresentou inúmeras alterações protetivas no sentido de promover a emancipação das pessoas com deficiência, inclusive mental, para a participação política.

Palavras-chave: Saúde Pública. Reforma Psiquiátrica. Direito fundamental social à saúde mental.

Abstract

Grounded on the hermeneutics of the Brazilian Constitution of 1988 this paper analyses whether the fundamental social right to mental health exists. Its goal is to introduce the historical and institutional course of Brazilian mental health legislation, which comprehends some relevant norms on Brazilian public health in consonance with the sanitary political debates and the incorporation of the Unified Health System (SUS) in the Brazilian Constitution of 1988. Furthermore, the enforcement of the Statute of Psychiatric Reform (10.216/01) established a National Health Policy for all citizens, especially those under psychic distress. Another legal instrument with constitutional amendment status, which also ratifies the existence of the social right rule of mental health, is the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006), which aims at i.e. strengthening the emancipation of person with disabilities, including mental health, through political participation. This paper will therefore examine the existence of the fundamental social right to mental health based on that legislative framework.

Keywords: Public Health. Psychiatric Reform. Fundamental social right to mental health.

1 Introdução

Sob o título “As técnicas psiquiátricas como instrumento de libertação ou opressão”, o psiquiatra italiano Franco Basaglia proferiu sua conferência, no dia 18 de junho de 1979, em São Paulo, no Instituto *Sedes Sapientiae*, alegando que havia uma dificuldade na afirmação de que a psiquiatria por si só fosse um elemento de libertação ou opressão:

Tendencialmente, a psiquiatria é sempre opressiva. É uma maneira de propor uma problemática de controle social, e é a partir desse ponto de vista que o assunto se torna mais complexo. Se nós começarmos pelo surgimento da psiquiatria – e ela nasceu como elemento de libertação do homem,

*  Doutora pela Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Professora Adjunta da Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro – RJ - Brasil. E-mail: anapbarbosa@direito.ufrj.br.

**  Doutorando junto ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Direito Constitucional pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Filosofia pela Universidade Federal de Goiás. Professor efetivo de Direito do Centro Universitário de Goiatuba (UNICERRADO-GO). Advogado. Rio de Janeiro-RJ-Brasil. E-mail: m.martinslaercio@gmail.com.

devemos recordar que Pinel libertou os loucos das prisões, mas infelizmente, depois de tê-los libertado, colocou-os em outra prisão que se chama manicômio. Começa assim o calvário do louco e ao mesmo tempo a grande fortuna do psiquiatra. Depois de Pinel, se nós olharmos toda a história da psiquiatria, veremos que nela sobressaem nomes de grandes psiquiatras. No que se refere ao doente mental, só existem denominações ou rótulos, como histeria, esquizofrenia, mania, astenia, etc. A história da psiquiatria é a história dos psiquiatras e não a história dos doentes. Desde 1700 esse tipo de situação tem amarrado indissolavelmente o doente ao seu médico, criando uma situação de dependência, da qual o doente não mais conseguiu se libertar (BASAGLIA, 1982, p. 13-14).

A presença de Basaglia, no Brasil, para discutir a experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, sobretudo em Gorizia e Trieste, logo após importantes acontecimentos no âmbito da assistência psiquiátrica brasileira, desde a mobilização da Reforma Sanitária à atuação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1978, como marco de início da Luta Antimanicomial, proporcionou um aprofundamento reflexivo das práticas e saberes médico-jurídicos, no sentido de promoção da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico.

Entre outras considerações sobre a luta para a emancipação e inserção da pessoa com deficiência mental no convívio social, Basaglia, ao ser questionado pelo plenário de trabalhadores em saúde mental em São Paulo sobre a possibilidade de uma reformulação do hospital psiquiátrico no Brasil, apesar da incipiente organização popular, à época, respondeu assim:

Falava sobre isso hoje a um estudante. Eu não vim até aqui para dar soluções imperialistas, não vim trazer uma receita europeia para os problemas brasileiros. Eu creio que os brasileiros é que devem procurar soluções para seus problemas. Sei que não é fácil, já que existe o problema de uma classe operária em organização. A partir da classe profissional, da classe médica presente entre nós, que é muito reacionária e está ligada ainda a princípios médicos ianques ou àquelas técnicas decadentes europeias, pode-se ainda fazer algum trabalho. Essa técnica não resolverá o problema, mas colocará em prova o que vocês querem como técnicos de um novo Brasil e não aquele de hospitais ou de médicos (BASAGLIA, 1982, p. 126).

Como se observa, Basaglia adverte que a premissa inicial para as mudanças na assistência psiquiátrica no cenário brasileiro deveria ser encontrada em solo pátrio, considerando as experiências sociais, econômicas, políticas e no campo psi, a fim de promover uma ação terapêutica, concomitantemente, emancipadora e libertária, sobretudo diante do cenário embrionário de abertura política.

Em *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*, Franco Basaglia (1985) apresentou um caminho claro de críticas relacionadas à opressão social e à potência libertadora, no contexto da Reforma Psiquiátrica Italiana, do tratamento terapêutico em liberdade, a partir da experiência de cuidado no território.

A agenda crítica do pensamento da Psiquiatria Democrática Italiana, sob fundamentação marxista, contribuiu para a leitura do cenário político brasileiro durante o período de 1979-1987, sobretudo para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Não obstante, a Reforma Psiquiátrica brasileira conservou seu caráter científico, acrescentando ao debate o sentido político do exercício da clínica psiquiátrica (BASAGLIA, 1982).

Dessa forma, as propostas antimanicomiais deveriam corresponder às agendas de transformações sociais, principalmente no âmbito institucional federal da saúde, da previdência e assistência sociais, em razão da abertura democrática com o advento da Carta Magna de 1988.

Em breve análise da história constitucional brasileira, no que diz respeito ao conjunto normativo relacionado à interdição civil, ao louco infrator, à doença mental e ao âmbito da saúde, de modo geral, é importante observar que a trajetória brasileira foi influenciada pelo alienismo francês do psiquiatra Philippe Pinel (1801) no século XIX, cuja hegemonia cedeu espaço para a teoria da degenerescência na transição do século XIX para o XX (CAPONI, 2014). Tais observações preliminares são importantes para a compreensão do discurso jurídico no âmbito da assistência psiquiátrica no cenário brasileiro nesse contexto.

Dito isso, sob a perspectiva constitucional brasileira no que diz respeito à categoria de proteção e promoção do direito à saúde, observa-se que tanto a Constituição do Império de 1824 quanto a Constituição de 1891 não fazem menção ao direito à saúde. De modo oportuno e preliminar, é importante destacar que o exercício da prática médica, inclusive psiquiátrica, durante o século XIX e início do XX, apresentava fortes nuances de patrulhamento social e higienização urbana, caracterizadas, respectivamente, pelo policiamento médico e pela arquitetura asilar

das cidades (LOBO, 2008, p. 392ss) com apoio da estrutura jurídica, de modo infraconstitucional, especialmente no âmbito administrativo e institucional dos hospitais.

A Constituição de 1934, no período do governo provisório de Getúlio Vargas, estabeleceu, sob a influência da Constituição de Weimar de 1919, direitos sociais, culturais e econômicos, inclusive no art. 121, §1º, alínea “h”, apresentou a previsão da assistência médica e sanitária ao trabalhador, das cidades e dos campos, e à gestante, de modo que houvesse contribuição igualitária coparticipativa dos custos entre a União, o empregador e o empregado em razão da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou morte. Observa-se que, inicialmente, tal previsão do acesso à saúde, incluindo à previdência social, era destinada somente aos trabalhadores formais.

Com a vigência do Estado Novo, Getúlio Vargas editou um novo texto constitucional apresentando a repartição de competências constitucionais para os entes políticos no campo da saúde. No art. 18, alínea “c”, da Constituição de 1937, consta a previsão de que os estados membros da federação poderiam legislar de modo a suprir as deficiências ou atender às peculiares locais, no caso de haver lei federal sobre a matéria, desde que não dispensassem ou diminuíssem as exigências da norma federal, incluindo, na hipótese de ausência de norma federal, a competência plena para tratar sobre assistência pública de saúde em “obras de higiene popular, casas de saúde, clínicas, estações de clima e fontes medicinais”.

Verifica-se que, no âmbito constitucional, a Constituição de 1891, de modo implícito, já indicava a regulação jurídica destinada às pessoas com deficiência mental através do mandamento de patrulha social e higienização urbana.

Decorrentes dos debates sobre a relação da loucura, raça, hereditariedade e atavismo, o tema da eugenia assumiu especial relevância, evidenciando-se na Primeira Lei Federal de Assistência Médico-Legal (1903), que também assinalou, de modo inaugural, a participação da iniciativa privada na assistência psiquiátrica, desde que autorizada e supervisionada pelo Estado.

O Decreto n.º 1.132, de 22 de dezembro de 1903, assinado por Rodrigues Alves, tinha por finalidade reorganizar a assistência aos alienados. Segundo o dispositivo normativo, o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, compromettesse a ordem pública ou a segurança das pessoas seria recolhido a um estabelecimento de alienados (art. 1º do Decreto n.º 1.132).

Embora a Carta de 1934 tenha sido influenciada pela Constituição de Weimar (1919), com forte justificativa social(ista), baseada na incorporação, no texto constitucional, do princípio da dignidade humana, paradoxalmente, no que diz respeito à ampliação do escopo de proteção social da saúde para as pessoas em sofrimento psíquico, a referência constitucional trata sobre a higienização mental.¹

É importante destacar que, em 3 de julho de 1934, foi promulgado por Getúlio Vargas o Decreto n.º 24.559 (segunda lei federal de assistência médico-legal), que dispôs sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Assim, treze dias antes da promulgação da Carta de 1934, ficou definida a política estatal de assistência psiquiátrica baseada em propostas eugênicas, com a confirmação posterior do texto constitucional.

Em que pese o avanço, sobretudo, de proteção à saúde do trabalhador e da garantia de direitos sociais na Carta de 1934, as pessoas com deficiência mental continuavam sendo tratadas sob os moldes assistenciais do início do século XX. Além disso, a Constituição de 1937, de modo explícito, por meio da regra constitucional que previa a higiene popular, prescreveu a conduta estatal do tratamento destinado ao campo de assistência à saúde mental.

Nos anos quarenta,² a política assistencial psiquiátrica de caráter preventivo foi iniciada a partir da criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), órgão pertencente ao Ministério da Educação e Saúde, em razão do Decreto-Lei n.º 3.171, de 24 de abril de 1941:

¹ Art. 10 - Compete concorrentemente à União e aos Estados: [...] II - cuidar da saúde e assistência públicas;

Art. 121 - A lei promoverá o amparo da produção e estabelecerá as condições do trabalho, na cidade e nos campos, tendo em vista a proteção social do trabalhador e os interesses econômicos do País. [...]

h) assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante, assegurando a esta descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do salário e do emprego, e instituição de previdência, mediante contribuição igual da União, do empregador e do empregado, a favor da velhice, da invalidez, da maternidade e nos casos de acidentes de trabalho ou de morte.

Art. 138 - Incumbe à União, aos Estados e aos Municípios, nos termos das leis respectivas: f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

Art. 140 - A União organizará o serviço nacional de combate às grandes endemias do País, cabendo-lhe o custeio, a direção técnica e administrativa nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locais.

² É na primeira metade do século XX que algumas terapias físicas são desenvolvidas na Europa, por exemplo, o coma insulínico, eletroconvulsoterapia, entre outras e nos anos 1940, surgiu ainda a lobotomia (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p. 13).

Nos anos 40, a denominação Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) traz uma categoria mais abrangente e compatível com princípios de classificação da nosologia psiquiátrica da época, que distinguia alienados de psicopatas, como condições específicas e particulares do fenômeno mais geral da doença mental (LOUGON, 2006, p. 53).

Tal política de prevenção também marcou a década de 1970, que buscou implementar uma prática psiquiátrica de caráter científico, com o surgimento da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), em razão do Decreto n.º 66.623, de 22 de maio de 1970.

O Decreto-Lei n.º 7.055, de 18 de novembro de 1944, criou o Centro Psiquiátrico Nacional (CPN) e extinguiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas e a Comissão Inspetora, no Ministério da Educação e Saúde, transferindo as funções para a Seção de Cooperação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (art. 4º do Decreto-Lei n.º 7.055/44). Além disso, estabeleceu a composição do Centro Psiquiátrico Nacional (art. 2º do Decreto-Lei n.º 7.055/44), bem como suas competências e atribuições (art. 2º, §1º, I a IV, Decreto-Lei n.º 7.055/44).

Segundo Lougon (2006), a cada mudança de nome correspondia uma reorganização do órgão, com base em um novo estatuto publicado em decreto. Contudo a análise do texto desses decretos não revelava mudanças substanciais na abordagem da doença mental e do seu tratamento ou na política de saúde mental adotada. Cada mudança correspondia apenas a mudanças de caráter administrativo, não se configurando, assim, como marco significativo o bastante para dividir em períodos a existência do órgão.

Com a Constituição de 1946, a assistência à saúde continuou sendo destinada somente aos trabalhadores e às gestantes, tendo em vista a melhoria da condição dos trabalhadores, em concordância com as normas da previdência social (art. 157, XIV). Observa-se que, com o decorrer dos anos, permaneceu a previsão constitucional do direito à saúde, precipuamente, aos trabalhadores formais, em razão da reabilitação para a prática laboral. Quanto aos desempregados, a assistência pública em saúde era garantida por instituições religiosas de filantropia, incluindo nesse contexto as ações e serviços de assistência psiquiátrica.

Nota-se que a edição do Decreto-Lei n.º 8.550, de 3 de janeiro de 1946, de acordo com Paulin e Turato (2004), promoveu uma expansão dos hospitais públicos, durante a administração de Adauto Botelho (1941-1954), destinados às pessoas com deficiência mental, pois autorizava o convênio com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos:

A nova legislação permitiu um surto de construção de hospitais em vários estados, como Sergipe, Santa Catarina, Espírito Santo e Alagoas, que criaram seus nosocômios com características de hospitais-colônias. Muitos deles eram extremamente precários ou distantes dos centros urbanos. Tal política refletia a postura hegemônica iniciada por Juliano Moreira (PAULIN; TURATO, 2004, p. 243-244).

Em realidade, com o advento da Constituição de 1946, confirmou-se, mais uma vez, a competência da União para legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde.³ Em razão disso, as ações e medidas no campo psiquiátrico continuaram tal como os pressupostos normativos do Decreto n.º 24.559, de 3 de julho de 1934, não existindo avanço, no âmbito constitucional, para as pessoas com deficiência mental.

A psiquiatria brasileira, nesse período, buscava se estabelecer na condição de especialidade médica, legitimando o hospital psiquiátrico como o *locus* terapêutico. Assim, o próprio Código Brasileiro de Saúde, publicado em 1945, condenava as expressões “hospício”, “asilo”, “retiro” ou “recolhimento”, reconhecendo a categoria “hospital” (PAULIN; TURATO, 2004):

Ao deixar a diretoria da SNDM em 1954, Adauto Botelho havia promovido, na sua gestão de 13 anos, um aumento de mais 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil. Porém a criação de novos hospitais não amenizava a situação caótica vigente; ao contrário, na década de 1950 os hospitais públicos viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. Só o Hospital do Juqueri chegava a abrigar cerca de 13 mil doentes. A função social do hospital psiquiátrico era basicamente de exclusão (PAULIN; TURATO, 2004, p. 244).

³ Art. 5º Compete à União: XV - legislar sobre: b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário.

De acordo com Paulin e Turato (2004), a modernização da sociedade durante o governo Juscelino Kubitschek, com o advento da industrialização nos grandes centros urbanos, colocou um novo ator institucional em cena: o hospital psiquiátrico privado.

Além do setor médico de otorrinolaringologia, especialidade do Francisco Eiras, a Casa de Saúde tinha uma área de cirurgia e outra destinada às pessoas com deficiência mental. Iniciou com 40 leitos, com diárias diferenciadas, incluindo entre outros favores, para os mais abonados, direito a um copo de vinho durante as refeições (PAULIN; TURATO, 2004). Outras casas de saúde psiquiátricas particulares nasceram todas com a mesma função social dos asilos: isolar a pessoa com deficiência mental da comunidade, em razão da sua periculosidade social, de acordo com Paulin e Turato (2004).

É oportuno, nesse contexto, considerar o conceito de periculosidade social em Michel Foucault (1978), a fim de investigar a amplitude de análise e compreensão da experiência psiquiátrica brasileira e seus desdobramentos práticos:

O perigo da loucura, para o pensamento clássico, nunca designa o temor, o pathos humano da razão encarnada, mas remete a essa região da qual o dilaceramento da liberdade deve fazer nascer com a razão o próprio rosto do homem. Na época de Pinel, quando a relação fundamental da ética com a razão será convertida num relacionamento segundo a razão com a moral, e quando a loucura não será mais que um avatar involuntário sucedido, do exterior, à razão, se descobrirá com horror a situação dos loucos nas celas dos hospícios. Vem a indignação pelo fato de os “inocentes” terem sido tratados como “culpados”. O que não significa que a loucura recebeu finalmente seu estatuto humano ou que a evolução da patologia mental sai pela primeira vez de sua pré-história bárbara, mas sim que o homem modificou seu relacionamento originário com a loucura e não a percebe mais a não ser enquanto refletida na superfície dele mesmo, no acidente humano da doença. Ele considera então inumano que se deixem apodrecer os loucos no fundo das casas de correição e dos quartéis de força, não mais entendendo que, para o homem clássico, a possibilidade da loucura é contemporânea à escolha constituinte da razão e, por conseguinte, do próprio homem. E tanto que nos séculos XVII ou XVIII não há margem para tratar-se a loucura “humanamente”, pois ela é, de pleno direito, inumana, formando por assim dizer o outro lado de uma escolha que possibilita ao homem o livre exercício de sua natureza racional (FOUCAULT, 1978, p. 160).

Assim, a partir da noção de periculosidade social, se, na década de 1930, chegou a haver um fugaz convênio entre o Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Servidores do Estado e a Casa de Saúde Dr. Eiras, foi na década de 1950 que se incorporou a assistência psiquiátrica, mesmo que de forma incipiente, aos institutos de aposentadoria e pensões (PAULIN; TURATO, 2004).

À época, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes concedeu empréstimo à Casa de Saúde Dr. Eiras, a fim de que fosse construído um pavilhão para os previdenciários. Apenas os comerciantes e, mais tarde, os bancários tinham direito a internações em sanatórios particulares no Rio de Janeiro (PAULIN; TURATO, 2004).

A assistência psiquiátrica brasileira era prestada através de (a) hospitais exclusivamente públicos, (b) hospitais privados e (c) hospitais privados com convênio público. De fato, esse sistema de saúde mental de caráter híbrido não foi capaz de assegurar com dignidade o atendimento para as pessoas com deficiência mental, uma vez que, durante o percurso histórico-constitucional e infraconstitucional brasileiro, sobretudo a partir do século XX, as legislações tinham forte influência do pensamento eugenista, do darwinismo social, da teoria da degenerescência e do modelo asilar de tratamento, em que pese a proposta dos hospitais-colônia.

2 Aspectos jurídicos e institucionais no campo da saúde pública brasileira, inclusive mental

Com o advento da ditadura militar, a partir de 1964, iniciou-se um perfil de assistência psiquiátrica e investimento na estratégia de ampliação da cobertura previdenciária para os setores sociais que antes não possuíam, por meio da contratação de serviços de saúde da rede privada, refletindo diretamente na área da saúde mental (PAULIN; TURATO, 2004).

Dessa maneira, a prática assistencial psiquiátrica transformou-se em lucrativo negócio com a mercantilização da loucura (“a fábrica da loucura”), por intermédio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967.

Salientam Paulin e Turato (2004) que, embora, em 1962, a Previdência Social tenha expedido a resolução de serviço CD/DNPS 942/62 – Normas Gerais para a Prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais,⁴ todavia tais medidas não foram operacionalizadas. Em 1965, Luiz Cerqueira denunciava, em seu trabalho *Pela Reabilitação em Psiquiatria* (1965), a situação de cronicidade das pessoas com deficiência mental.

Representando o setor dos prestadores privados de saúde, em geral, e da psiquiatria, em particular, foi fundada a Federação Brasileira de Associações de Hospitais (FBAH), em 1966, que, na década de 1970, passaria a ser denominada Federação Brasileira de Hospitais (PAULIN; TURATO, 2004). Tal órgão seria o principal beneficiário da política de saúde mental no período da ditadura militar.

Em 1966,⁵ com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social⁶ em razão da unificação das unidades do Instituto de Aposentadorias e Pensões, preferiu-se a compra de serviços médicos privados, inclusive na área de saúde mental, em contraposição à proposta de aumento dos serviços médicos na rede de hospitais públicos e de contratação de profissionais para o quadro público:

Com o processo de unificação dos institutos previdenciários, a extensão da assistência médica atingiu setores mais amplos da população. Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social, tornando assim os hospitais públicos cada vez menos significativos em termos de atendimento. Algum tempo depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados (PAULIN; TURATO, 2004, p. 247).

É importante assinalar que, na década de 1970, buscou-se regulamentar o papel do município na política de saúde por meio da Lei n.º 6.229/75, cabendo ao ente federativo manter e avaliar os serviços assistenciais e as ações de controle epidemiológico, bem como articular e integrar os serviços do sistema nacional de saúde. Entretanto, de acordo com RIBEIRO *et al* (2010), a municipalização não prosperou, sendo dada pouca atenção aos atendimentos primários e à expansão da cobertura, pois não havia um sistema, de modo que as ações eram desenvolvidas de maneira fragmentada e sem integração:

Ao Ministério da Saúde cabia a responsabilidade da formulação de políticas e ações de caráter coletivo, e ao Ministério da Previdência e Assistência Social a realização da assistência médica através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que efetivamente controlava e avaliava as ações de saúde. A participação dos municípios era marginal e limitada ao repasse de dados quantitativos dessa produção assistencial (RIBEIRO *et al*, 2010, p. 44-45).

Em que pese já existir repartição constitucional das competências dos entes políticos da federação, não havia um sistema nacional integrado de prestação do serviço público, inclusive do privado com convênio público, mesmo com o advento da Carta Política de 1967, pois não apresentou mudanças estruturais na assistência à saúde, tampouco a Constituição de 1969.

Nessa ausência de previsão constitucional para o planejamento estratégico de assistência à saúde pública mental em âmbito nacional, bem como na invisibilidade social e ausência de representatividade política para a promoção da cidadania⁷ da pessoa com deficiência mental, pode-se observar a lacuna jurídica para o crescimento e avanço da indústria da loucura nos anos setenta.

O argumento central da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e de resistência à redistribuição de recursos da Previdência Social, uma vez que o setor privado era o maior beneficiário, estava na crítica dos desperdícios

⁴ Disciplinava a assistência psiquiátrica e enfocava o aspecto preventivo, além de determinar que o desenvolvimento ocorresse em ambulatórios, locais de trabalho, domicílio do segurado e hospitais gerais.

⁵ Nesse ano, a administração pública havia sofrido uma profunda reforma, a partir do Decreto-Lei n.º 200, de 1967, em que foi transferida para a competência do Ministério da Saúde a formulação da Política Nacional de Saúde, embora os meios para tanto fossem escassos (AMARANTE *et al*, 2015, p. 59).

⁶ Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a consequência mais evidente da concentração do poder dos institutos de aposentadoria e de pensões foi a uniformização dos benefícios prestados à população atendida. Nesse período, a Previdência Social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde, com extensão da cobertura assistencial. A política proposta pelo INPS incluiu, no início da década de 1970, novas categorias profissionais, mas permanecia a exigência de comprovação do vínculo com o INPS por meio de carteira de trabalho ou carnê de contribuição para garantir a assistência hospitalar. Assim, muitos cidadãos continuavam sem direito à atenção à saúde. Nessa década, o Ministério da Saúde manteve suas ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de vacinação, e os programas contra determinadas doenças, enquanto a assistência médica individual ficava centrada no INPS. A política assistencial privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento de atividades hospitalares financiadas pelo Estado (RIBEIRO *et al*, 2010, p. 44).

⁷ O conceito de cidadania deve ser entendido como faculdade de participação na vida social considerada como *fait accompli*, tal como defendido pelo médico psiquiatra Jubel Barreto (2005).

de verbas do Inamps, estendendo-a também aos hospitais da Dinsam, ao alegar o fato de que os custos desses hospitais, na relação paciente/dia, eram maiores do que os dos hospitais particulares (AMARANTE *et al.*, 2015). Tal argumento não encontra assento na análise da dimensão política da participação hegemônica do setor privado.⁸

Entretanto, com a nomeação de Leonel Miranda para a pasta de saúde no governo militar Costa e Silva, em 1968, o setor privado de prestação de serviços psiquiátricos cresceu exponencialmente, concomitante ao aumento da força política dos grupos conservadores.⁹

Leonel Miranda foi o grande proprietário de leitos psiquiátricos no Rio de Janeiro. Ele propôs uma radical privatização médica, eliminou o setor próprio de serviços médicos previdenciários e repassou aos produtores privados tais serviços. Ao Estado coube o papel de financiador.¹⁰ Entretanto tal projeto encontrou resistência. Os setores do Instituto Nacional de Previdência Social e da sociedade criticaram o redirecionamento total dos recursos estatais para a rede de iniciativa privada (PAULIN; TURATO, 2004).

Em 1968 foi criado, no então estado da Guanabara, a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos, cujo objetivo maior era estudar as dificuldades da assistência psiquiátrica no estado. A comissão formada por profissionais, entre eles, Luiz Cerqueira, fez uma minuciosa análise sobre as condições da assistência psiquiátrica, visando à racionalização e à melhoria da qualidade dos serviços (PAULIN; TURATO, 2004).

É possível verificar que o significado e o objetivo dessa capitalização dos hospitais psiquiátricos privados durante a década de setenta, a partir do percurso históricopolítico-legislativo, foram centralizados intencionalmente num único alvo, que se divide em dois pontos basilares: (a) na exclusão da pessoa com deficiência mental da esfera pública de participação como ator principal da formulação de uma agenda social e política de garantia e proteção efetiva de seus direitos, e (b) no atendimento dos interesses econômicos de setores privados, sobretudo.

3 A Política Nacional de Saúde Mental e as primeiras evidências constitucionais a partir da Carta Magna de 1988 e da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

Concomitantemente à Reforma Sanitária brasileira, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) inicia, em 1978, o processo de mobilização social ao reivindicar melhores condições de trabalho na assistência psiquiátrica, acompanhada com o cuidado digno para as pessoas em sofrimento psíquico, opondo-se ao papel social de agente de exclusão, além de realizar profundas críticas à indústria da loucura. Inicia-se a Reforma Psiquiátrica, no âmbito institucional legislativo, com a propositura do Projeto de Lei Paulo Delgado (PL n.º 3.657/89), em razão das demandas sociais e políticas que acompanharam o processo de abertura democrática com a aprovação da Carta Política de 1988.

Depois de longos debates legislativos e negociações políticas, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, já distante da configuração jurídica de 1989, nasce a Lei da Reforma Psiquiátrica em 6 de abril de 2001 (Lei n.º 10.216/01). Como norma federal de caráter infraconstitucional, tal dispositivo reforça politicamente os mandamentos constitucionais previstos na Constituição Federal de 1988.

É de se observar que, na Lei da Reforma Psiquiátrica, há um núcleo constitucional materialmente compatível, resguardando os direitos fundamentais da pessoa em sofrimento psíquico: art. 1º, *caput*, da Lei n.º 10.216/01 c/c art. 5º, *caput*, CRFB/88 (igualdade e vedação à discriminação); art. 2º, *caput*, da Lei n.º 10.216/01 c/c art. 5º, XIV, CRFB/88 (direito à informação); art. 2º, incisos de I a IX, da Lei n.º 10.216/01 c/c art. 5º, V e X, CRFB/88 (proteção

⁸ A crítica da Federação Brasileira de Hospitais é denunciada como manipuladora de dados e de não se referir ao aspecto do quadro de pessoal, que nos hospitais em cogestão é mais completo, na medida em que passam a ser admitidos técnicos de diferentes áreas de conhecimento e intervenção, contrariamente aos hospitais privados, nos quais existem poucos técnicos e recursos terapêuticos (AMARANTE *et al.*, 2015, p. 64).

⁹ O caráter privatizante do modelo assistencial, implantado após a unificação da Previdência e radicalizado após o Plano de Pronta Ação (PPA) do ministro e empresário Leonel Miranda, tem como principal defensor o empresariado do setor privado, que tem como representante e articulador de seus interesses a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) [...] Como forma de justificar a sua proposta de ampliação da rede hospitalar privada, a FBH se utiliza do princípio de que há uma relação matemática entre os números de leitos e números de habitantes, tal como adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), não levando em consideração o caráter heterogêneo dos territórios e os fatores sociais, econômicos e culturais (AMARANTE *et al.*, 2015, p. 60).

¹⁰ Neste momento, a principal oferta de trabalho na área da psiquiatria vinha de clínicas conveniadas com a Previdência Social, que se proliferam a partir do Plano de Pronta Ação (PPA). Esse plano, surgido em 1968, deflagra, em caráter definitivo, uma política de privatização da assistência médica no país [...] As clínicas, criadas ou expandidas a partir desta época, constituem a principal forma de absorção da mão de obra em saúde, orientadas pela racionalidade predominantes do lucro. Dessa forma, surgem muitas denúncias de fraudes e distorções, algumas apontadas no documento da Comissão de Saúde Mental do Cebes (AMARANTE *et al.*, 2015, p. 107).

à intimidade, à honra e à imagem). Controversa, constitucionalmente, é ainda a permanência das internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias (art. 6º, II e III da Lei n.º 10.216/01).

Ratificando o entendimento acima, verifica-se o direito à saúde como direito fundamental social (art. 6º, CRFB/88), sendo, de modo inédito na história constitucional brasileira, dedicada uma seção específica, a saber: Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II – Da Seguridade Social, Seção II, art. 196 da CRFB/88. Nesse sentido, uma nova concepção de saúde assume lugar na conjuntura política nacional, assentada na luta dos movimentos sociais em saúde, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, com importante participação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), que previa um Sistema Único de Saúde (Lei n.º 8.080/90) com participação da sociedade civil (Lei n.º 8.142/90).

Ainda se busque o caráter terapêutico e reintegrador das medidas de segurança, a pessoa em sofrimento psíquico infratora, à luz do mandamento constitucional de 1988, não pode sofrer pena de caráter perpétuo.¹¹ Assim, questiona-se, à revelia da previsão, em 1984,¹² de construção de hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, a existência do Manicômio Judiciário como *locus* para o cuidado. Associada à percepção da periculosidade do louco infrator, a medida de segurança, na prática, acaba, inconstitucionalmente, provocando, para alguém da finalidade terapêutica, uma exclusão social por prazo indeterminado.

Assim, é possível compreender, de forma crítica, em que proporção a medida de segurança configura uma pena, apesar de, na doutrina penal brasileira, o instituto assumir caráter não punitivo, pois, a partir da perspectiva antimanicomial, o tratamento e cuidado devem assumir a liberdade como premissa inicial. Em total descompasso com a Política Nacional de Saúde Mental, inaugurada com a Lei n.º 10.216/01, a existência de manicômios judiciais, inclusive existindo sob a égide de “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”, demonstra o quanto, para a ideia de Estado Constitucional de Direito – inclusive incompatível, está presente o passado do alienismo que não passa (DINIZ, 2013).

No entendimento de Haroldo Caetano (2018), esse absurdo manicomial elimina a singularidade existencial e a potência de vida em liberdade, uma vez que a pessoa em sofrimento psíquico deve ser considerada sujeito de direitos, cuja dignidade não pode ser relativizada. Assim, a partir do compromisso ético-político da Magna Carta de 1988, não mais se admite a imposição de sanções penais sem o pressuposto basilar de culpabilidade, o que indica a não recepção pela Constituição da teoria da periculosidade social e do sistema de medida de segurança, definido pelo Código Penal.¹³

Em contraposição à estrutura hospitalocêntrica, no início dos anos 2000, após a III Conferência Nacional em Saúde Mental, portarias ministeriais foram editadas a fim de criar e consolidar a Política Nacional em Saúde Mental. Em 23 de dezembro de 2011, a Portaria n.º 3.086 tratou do financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

¹¹ Art. 5º, XLVII da CRFB/88. A fim de evitar os excessos e violações aos direitos das pessoas inimputáveis em cumprimento da medida de segurança, Anna Flávia Magalhães de Caux Barros (2017) afirma que a expressão “pena” contida no dispositivo constitucional que veda as penas de caráter perpétuo seja lida em sentido amplo como “sanção penal” e não propriamente “pena”. Assim tal vedação estaria estendida também às medidas de segurança, interpretação que melhor se coaduna com os princípios garantistas e também com o direito constitucional comparado, já que os textos constitucionais de diversos países – como Portugal, Espanha e Itália – garantem a isonomia no tratamento dados aos imputáveis e inimputáveis. Analisando-se a jurisprudência, o que se constata é uma tendência ora de se entender que o prazo máximo de duração das medidas de segurança é semelhante ao máximo previsto pelo Código Penal para a aplicação das penas privativas de liberdade – qual seja, trinta anos – ora de se vincular a duração máxima da medida de segurança à pena que concretamente seria aplicada para aquele agente, caso imputável fosse (BARRÓS, 2017, p. 60). Ver HC 84.219/SP.

¹² A previsão do instituto da medida de segurança nos moldes em que temos hoje passou a existir na legislação penal brasileira após a Reforma do Código Penal ocorrida em 1984. O Código Penal brasileiro de 1940, inspirado pelo *Codice Rocco* de 1930 – legislação penal fascista de Mussolini elaborado na Itália por Arturo Rocco – trouxe em seu art. 22, a previsão de isenção de pena para o agente que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Como se pode notar, a capacidade de entendimento sobre o caráter delituoso do fato é o critério para a responsabilização penal de tal modo que a incompreensão total do caráter criminoso do fato ou a incapacidade total de determinar-se, segundo esse entendimento, torna inimputável o agente. Em virtude da inimputabilidade, aplicável seria a essas pessoas a medida de segurança ao invés da pena convencional. Possuindo o autor do fato parcial compreensão do seu próprio ato, será considerado semi-imputável e a ele serão aplicadas, cumulativamente, a pena e a medida de segurança que, por sua vez, poderiam ser pessoais ou patrimoniais. Após a Reforma de 1984, o texto do antigo art. 22, anteriormente mencionado, foi repetido pelo art. 26, mas com algumas alterações. Extinguiu-se o chamado sistema duplo binário e adotou-se, a seu turno, o sistema vicariante. Pelo sistema duplo binário, era possível aplicação da pena cumulativamente à medida de segurança, o que era bastante criticado pela doutrina penal que considerava que tal previsão consistia em flagrante violação do princípio da proibição da dupla valorização (BARRÓS, 2017, p. 51).

¹³ As justificativas voltadas a dar sustentação ao manicômio judiciário são frágeis do ponto de vista jurídico. Isto porque as medidas de segurança constituem-se em institutos jurídicos ultrapassados, fundamentados na teoria da periculosidade, ideia que não encontra qualquer sintonia com a Constituição de 1988. Aliás, é no mínimo contraditório considerar a medida de segurança uma forma de tratamento como pretende a legislação penal, uma vez que se apresenta como tratamento que se volta não para a cura de alguma enfermidade, mas sim para fazer cessar a periculosidade, algo que não se constata a partir do diagnóstico clínico e que deriva exclusivamente de uma ficção legal criada a partir da infeliz parceria entre psiquiatria e direito. No lugar de funcionar como tratamento, as medidas de segurança levam, pelo contrário, à cronificação do transtorno mental mesmo nos quadros clínicos menos graves, o que é facilmente verificável logo ao primeiro contato com qualquer manicômio judiciário brasileiro (CAETANO, 2018, p. 191).

Também na mesma data, diversas portarias foram editadas, como a Portaria n.º 3.090, que alterou a Portaria n.º 106/2000, ao dispor sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); a Portaria n.º 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, além da Portaria n.º 3.099, que estabeleceu recursos a serem incorporados ao teto financeiro anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade, referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Os Caps foram instrumentos importantes de transição de uma estrutura asilar para a reabilitação terapêutica, em liberdade, da pessoa em sofrimento psíquico e sua reinserção no espaço social por meio do território. A natureza da clínica passou a ser compreendida através do espaço político, atravessada pela concepção subjetiva do território, no qual a pessoa em sofrimento psíquico participa ativamente do processo de assistencial e da vida em comunidade (VENÂNCIO; LEAL; DELGADO, 1997).

4 O direito fundamental social à saúde mental: a consolidação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão (Lei n.º 13.146/15)

No caminho de promover a autonomia, a independência e emancipação das pessoas em sofrimento psíquico, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/15), denominado de Lei Brasileira de Inclusão, com base na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (e seu Protocolo Facultativo), ratificado na forma do art. 5º, §3º, da Constituição Federal de 1988, estabeleceu diretrizes e normas gerais, bem como os critérios básicos para assegurar, promover e proteger o exercício pleno e em condições de igualdade dos direitos fundamentais individuais e sociais pelas pessoas com deficiência (PEREIRA, 2013), inclusive aquelas que possuem impedimentos de longo prazo de natureza mental. Isto ocorreu porque tais impedimentos poderiam obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (art. 2º da Lei n.º 13.146/15).

Cumpra salientar que a Lei Brasileira de Inclusão não revogou expressamente a Lei da Reforma Psiquiátrica,¹⁴ o que não quer dizer que não seja necessário realizar uma hermenêutica integrada e sistematizada entre ambos os diplomas normativos de natureza federal à luz dos critérios da especificidade e da cronologia. Com efeito, deve-se considerar também, nessa análise, o controle de constitucionalidade desses dispositivos normativos, ao incluir a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, para além da Constituição Federal de 1988.

É necessário observar o caso concreto com muito cuidado e clareza no exercício hermenêutico, diante da complexidade da relação entre o saber médico-jurídico, e devendo considerar a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo como norma constitucional, a fim de entender a ampliação do sentido e do alcance dos direitos das pessoas com deficiência mental, ao considerar o modelo social de deficiência no âmbito mental e sua inclusão na sociedade civil.

Para um novo compromisso ético-político, é necessário que haja o entendimento social de que todos os seres humanos estão suscetíveis à condição de vulnerabilidade e, conseqüentemente, de sofrimento psíquico, que, por vezes, nos faz estar sob a condição de cuidado do outro. Assim, aceitar o outro como ser humano vulnerável é se reconhecer (empatia) enquanto parte de uma condição possível da natureza humana.

Portanto, associada à ideia da desinstitucionalização, a inclusão social da pessoa acometida por sofrimento psíquico é compreendida a partir da vulnerabilidade ao sofrimento inerente à natureza humana. Nesse sentido, o filósofo Todd May, em *A Fragile Life: Accepting our Vulnerability* (2017), apresenta o conceito de vulnerabilidade, ao compreender os aspectos físicos e psicológicos dos indivíduos como resultado da fragilidade humana diante da vida.

Com base nessa constatação, May (2017) entende que há diversas origens para o potencial sofrimento humano, chamadas de fontes de vulnerabilidades, e entre elas as que não estão sob o domínio da razão humana e não poderiam ser evitadas. A história biográfica do indivíduo, de acordo com May (2017), é marcada pela construção de projetos e pelo autocomprometimento com a consecução dos seus objetivos de vida, uma vez que tal perspectiva projetiva diante da existência modela a identidade do sujeito (MAY, 2017, p. 13). Assim, o acometimento

¹⁴ No caso em exame, entre a Lei da Reforma Psiquiátrica e o Estatuto da Pessoa com Deficiência, não houve tal acontecimento jurídico, de forma expressa.

de sofrimento psíquico, enquanto possibilidade da vulnerabilidade humana, revela a aceitação e a afirmação da singularidade existencial diante da vida, para além dos pressupostos de “normalidade” e “doença mental”.

Portanto, o reconhecimento de que todas as pessoas são frágeis diante da vida aumenta a compreensão da responsabilidade ética e política para com o outro. Desse modo, aceitar as contingências do mundo é entender uma perspectiva solidária que permite o desenvolvimento do sentimento de empatia, que decorre do respeito pela vulnerabilidade do outro como parte da condição humana.

Em *The Ethics of Care and Empathy*, o filósofo Michael Slote (2007) afirma que a autonomia e o respeito, condições para que se verifique a empatia, são fundamentais para a compreensão de uma ética do cuidado. De modo crítico à perspectiva kantiana de autonomia (enquanto valor moral e dignidade), a partir da razão, Slote (2007) se posiciona favorável ao entendimento da autonomia como um conceito relacional capaz de fundar uma ética de cuidado, incluindo o respeito também pelo bem-estar. A ideia de respeito ultrapassa, assim, o âmbito do sentimentalismo moral pelo outro ao compreender a empatia como base para se respeitar a capacidade humana de decisão sobre os atos da vida civil por si.

Michael Slote (2007) utiliza a expressão “ética do cuidado empático” para caracterizar e avaliar as ações dos indivíduos e suas expressões, ao entender que as leis, as instituições e os costumes refletem ou expressam os motivos do grupo social. Portanto, para a efetividade de uma ética do cuidado concomitante à realização da justiça social, é necessário o reconhecimento social da vulnerabilidade da pessoa em sofrimento psíquico.

Assim é que o cuidado vem a reforçar a proteção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A partir desse sentido e significado, é possível repensar o papel e a atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs), considerando-se o Estatuto da Pessoa com Deficiência e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.¹⁵

A partir desses pressupostos éticos, e ao ter em vista que a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo possuem *status* de Emenda Constitucional, a Convenção, pelo escalonamento hierárquico das normas jurídicas, serve não só de *standard* hermenêutico para a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n.º 10.216/01), mas também para a sua aplicação. A expressão “pessoa com deficiência”, utilizada na legislação brasileira, abrange, concomitantemente, o campo físico e mental que compõe a personalidade e a personalidade humanas.

Essa é a razão pela qual, no texto do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/2015), verifica-se, por exemplo, que o legislador, ao redigir a expressão “pessoa com deficiência”, preferiu adotar o posicionamento da integralidade humana (físico e mental), como decorre da leitura dos artigos art. 2º (conceito de pessoa com deficiência), art. 14, parágrafo único (direito ao processo de habilitação e reabilitação), art. 25 (espaços dos serviços de saúde públicos e privados), e art. 26, parágrafo único (casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência). Nota-se, assim, uma real aproximação entre os elementos físico e mental que compõem a pessoa com deficiência.

Somadas às visões de Todd May e Michael Slote, respectivamente sobre vulnerabilidade e cuidado, Michael Quante (2017) traz a concepção de integralidade (unidade) da pessoa e de respeito por ela em decorrência do princípio da identidade pessoal. Dessa forma, a identidade pessoal do indivíduo é composta por: (a) condições de personalidade – decorrentes da capacidade, (b) unidade – a caracterização da pessoa ao longo do tempo, (c) persistência – condições de duração dos atributos da pessoa no decurso do tempo e (d) personalidade – delimitada pelas faculdades, aptidões e habilidades da pessoa.

Portanto, a unidade da pessoa e o respeito a ela compreendem a discussão sobre a complexidade da identidade pessoal ao longo do tempo, demarcada pela ética biomédica de respeito do começo ao fim da sua existência. Essa visão complexa sobre a natureza humana permite entender as mudanças da identidade pessoal ao longo do tempo, inclusive sob o ponto de vista biológico, sem estar, necessariamente, relacionado ao discurso autocentrado em primeira pessoa.

Dessa forma, o respeito à vida da pessoa em sofrimento psíquico necessariamente envolve a percepção da unidade existencial do sujeito de direitos a partir das mudanças ao longo do tempo, ao aplicar a perspectiva de Quante (2017), caracterizada pela unidade na persistência.

¹⁵ O art. 23, item 5 da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência trata do respeito pelo lar e pela família, assinalando a responsabilidade estatal em cooperar para que haja o cuidado familiar e comunitário destinado às pessoas com deficiência. Já o art. 28, item 2, letra “a” versa sobre o padrão de vida e proteção social adequados e possui a previsão do cuidado e assistência para as pessoas com deficiência.

Sob esse ponto de vista, é possível, portanto, realizar uma interpretação sobre o cuidado integral do indivíduo e sua identidade pessoal como fundamento para ações no campo *psi*. A partir da categoria da integralidade humana, observa-se a presença, na atual conjuntura constitucional, da existência do direito fundamental social à saúde mental.

Tal entendimento assinala um novo marco para a construção da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, no sentido de permitir maior emancipação para as situações existenciais e participação política na vida da *pólis*. Irradiando-se por todo o ordenamento jurídico pátrio, no campo da disciplina mental, a Lei Brasileira de Inclusão, ao se aproximar do modelo social de deficiência, provoca profundas modificações nos âmbitos civil e penal, por exemplo.

No que diz respeito à teoria das incapacidades¹⁶, a partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/15), a pessoa com deficiência assume maior proteção para o exercício da vida civil, incluindo, sobretudo, a conservação e preservação da autonomia para a prática cidadã e democrática no convívio social.

O médico psiquiatra Jubel Barreto (2005) assinala que as avaliações de qualidade em saúde mental dizem, explícita ou dedutivamente, que a autonomia é atributo da cidadania: "Assim, é preciso que o lugar da política seja reinventado em posição de autonomia em relação à sociedade, e que as pessoas sejam mais que clientes ou usuários para que a cidade se torne um espaço relacional em que a subjetividade cidadã possa florescer (BARRETO, 2005, p. 179).

Há um desafio presente: a realização de uma hermenêutica constitucional a partir da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n.º 13.146/15) e da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n.º 10.216/01), a fim de se verificarem a consolidação e a efetividade do direito constitucional à saúde mental no cenário brasileiro.

5 Conclusão

A previsão do direito à saúde mental, orientada pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão), deu maior alcance aos direitos e às garantias previstos na Lei da Reforma Psiquiátrica, sobretudo, à previsão do art. 2º desta lei. Nesse sentido, afirma Eduardo Mourão Vasconcelos (2016), que, em relação ao ponto de vista das entidades internacionais que tratam das políticas de saúde mental no mundo, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007), assumida no Brasil na forma do Decreto n.º 6.949 de 2009, com *status* de Emenda Constitucional, tem norteado e estimulado os processos de reforma psiquiátrica nos países signatários.

Nesse caminho, entendemos que a Constituição de 1988, emendada pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e do seu Protocolo Facultativo, prevê a existência do direito fundamental social à saúde mental, em especial os artigos 17 (proteção da integridade da pessoa), 25 (saúde) e 26 (habilitação e reabilitação), sob o fundamento da proteção à integridade mental.

Nesse quadro, é necessário repensarmos os dispositivos infraconstitucionais da Reforma Psiquiátrica, de modo a verificar em que medida as alterações jurídicas, no âmbito institucional da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), podem ser apresentadas no sentido de permitir a emancipação das pessoas em sofrimento psíquico. Essa emancipação pode suceder com base em formas mais adequadas de tratamento, moldadas por uma ética orientada pelo cuidado e respeito humano, que atende à vulnerabilidade e à unidade identitária e de vida dessas pessoas, para além da estrutura asilar e dos manicômios mentais, que, não obstante o avanço legislativo, insistem em permanecer no convívio social.

Em relação à internação psiquiátrica compulsória, definida como aquela determinada pela Justiça (art. 6º, III, da Lei n.º 10.216/01), mediante laudo médico circunstanciado com a caracterização dos seus motivos, pode-se notar que o elemento central dessa discussão reside na relação de poder construída pela disciplina médico-jurídica.

Como se nota, o âmbito jurídico constitui a *instrumentalização da forma* a ser preenchida pelo *saber médico* nos casos sobre a internação psiquiátrica compulsória. Todavia ações libertárias, contrárias às internações psiquiátricas

¹⁶ De acordo com a previsão legislativa do art. 5º do Código Civil de 1916, eram considerados absolutamente incapazes para o exercício pessoal dos atos da vida civil os menores de 16 (dezesseis) anos, os loucos de todo gênero; os surdos-mudos, que não puderem exprimir sua vontade e os ausentes. Quanto à incapacidade relativa, renunciava o art. 6º, CC/1916 que vigorava em relação aos maiores de 16 (dezesseis) anos e menores de 21 (vinte e um) anos, aos pródigos e aos silvícolas, que ficavam sob a tutela estatal. Segundo o entendimento de Anna Flávia Magalhães de Caux Barros (2017), "nota-se que antes da edição da Lei n. 4.121/1962 denominada Estatuto da Mulher Casada, o artigo 6º, do CC/1916, em consonância com a sociedade machista e conservadora até então vigente, previa a incapacidade relativa da "mulher casada", durante a constância da união matrimonial. Em 1962, com a promulgação de uma lei que visou à equiparação jurídica entre os cônjuges, a incapacidade relativa da mulher – que há muito já recebia críticas da doutrina- foi finalmente suprimida da codificação civil" (BARROS, 2017, p. 85).

compulsória e involuntária na constituição da Política Nacional de Saúde Mental, devem ser discutidas à luz da compatibilidade constitucional, a exemplo da construção e manutenção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para intervenções necessárias em casos agudos.

Em análise hermenêutica integrada da Lei da Reforma Psiquiátrica com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, fica evidente o mandamento jurídico de proibir a submissão da pessoa com deficiência, inclusive mental, à intervenção clínica ou cirúrgica e a tratamento ou institucionalização forçada (art. 11 da Lei n. 13.146/15), muito embora, paradoxalmente, se admita que o consentimento da pessoa curatelada possa ser suprido (art. 11, parágrafo único, da Lei n.º 13.146/15) ou ser permitido a ela o maior grau possível de participação (art.12, §1º, da Lei n.º 13.146/15).

Nesse contexto, de modo específico, a internação compulsória determinada pela Justiça é incompatível com a Constituição de 1988, não obstante tenha sido formulada sob a égide da atual Carta Política. Além disso, o *status* de norma constitucional da Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo reforçam o respeito à autonomia, à singularidade existencial de cada pessoa com deficiência (art. 3, alínea “a”; art. 16, item 4; art. 25, alínea “d”, e art. 26).

Por fim, é oportuno ressaltar que, para a manutenção e o funcionamento da rede extrahospitalar em torno de uma reorientação da atenção psicossocial, é necessário que não subsistam financiamentos de leitos em hospitais psiquiátricos, a fim de se desconstruir a estrutura secular fundada e centrada em tornos de hospitais psiquiátricos.¹⁷ Essa opção por uma política pública de cuidado em liberdade é fundamental para a efetiva erradicação da matriz excludente, a saber: *os muros que nos separam enquanto humanos*.

Referências

- AMARANTE, Paulo; CARVALHO, Andréa da Luz; UHR, Déborah; ANDRADE, Ernesto Aranha; FREITAS, Laurinda Augusta Beato de Pinho; MOREIRA, Martha Cristina Nunes; SOUZA, Waldir da Silva. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- BARRETO, J. **O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2005.
- BARROS, A. F. M. C. **Diálogos entre direito e sofrimento mental: um debate sobre identidade e alteridade**. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2017.
- BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. Tradução: Sônia Soianesi e Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Editora Brasil Debates, 1982.
- BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BRASIL [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1998.
- BRASIL. **Lei n. 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: Presidência da república, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 20 fev 2017.
- CAETANO, H. **Loucura e Direito Penal: pistas para extinção dos manicômios judiciais**. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/2018_t_HaroldoCaetanodaSilva.pdf. Acesso em: 19 fev 2021.
- CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

¹⁷ Uma das inúmeras evidências das experiências bem-sucedidas encontra-se registrada na obra organizada por JORGE; CARVALHO; DA SILVA (2014).

- CERQUEIRA, L. **Pela reabilitação em psiquiatria**. Rio de Janeiro. Ed. Ofic. Gráf. Univ. do Brasil, 1965.
- DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: Letras Livres: Editora da Universidade de Brasília, 2013.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.
- JORGE, M.A.S; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R.F. (org.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- LOBO, L. F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.
- LOUGON, M. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MAY, T. **A fragile life: accepting our vulnerability**. Chicago: The University of Chicago Press, 2017.
- PAULIN, L. F.; TURATO, E. R.: Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 2, p. 241 - 258, mai./ago. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200002&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 19 fev 2021.
- PEREIRA, L. B. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Justiça: novos contornos das necessidades humanas para a proteção social dos países signatários**. 2013. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/13581> Acesso em: 19 fev 2021.
- PINEL, P. **Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie**. Paris: Richard, Caille e Ravier, 1801.
- QUANTE, M. **Personal Identity as a Principle of Biomedical Ethics**. Switzerland: Springer, 2017.
- RIBEIRO, C.T.M; RIBEIRO, M.G; ARAÚJO, A.P; MELLO, L.R; RUBIM, L.C; FERREIRA, J.E.S. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Organização Pan –Americana da Saúde v. 28, n. 1, p. 43 - 48, 2010. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/43-48/pt> Acesso em: 19 fev 2021.
- SCHECHTMAN, A.; ALVES, D. S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, M.A.S; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R.F (org.). **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. cap. 2, p.41-58.
- SLOTE, M. **The Ethics of Care and Empathy**. New York: Routledge, 2007.
- VASCONCELOS, E. M. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Editora Papel Social, 2016.
- VENÂNCIO, A. T.; LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. (org.). O campo da atenção psicossocial. In: CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1. 1997, Rio de Janeiro. **Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Te Coré/Instituto Franco Basaglia, 1997.

Recebido em: 01/04/2020

Aprovado em: 29/01/2021