



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE DIREITO**

DAYANNE MIKAELLY DE OLIVEIRA CARVALHO

**UM OLHAR SOBRE A ATUAL CONJUNTURA POLÍTICA DE SEGURIDADE
SOCIAL BRASILEIRA PARA AS CONCESSÕES DE BENEFÍCIOS ÀS PESSOAS
COM DOENÇA MENTAL: DA NORMATIZAÇÃO À MEDICALIZAÇÃO DAS
PSICOSES E NEUROSES**

**CAMPINA GRANDE - PB
2018**

DAYANNE MIKAELLY DE OLIVEIRA CARVALHO

**UM OLHAR SOBRE A ATUAL CONJUNTURA POLÍTICA DE SEGURIDADE
SOCIAL BRASILEIRA PARA AS CONCESSÕES DE BENEFÍCIOS ÀS PESSOAS
COM DOENÇA MENTAL: DA NORMATIZAÇÃO À MEDICALIZAÇÃO DAS
PSICOSES E NEUROSES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada
ao Curso de Graduação em Direito da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Direito.

Área de concentração: Direitos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Marconi do Ó Catão.

**CAMPINA GRANDE
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C331o Carvalho, Dayanne Mikaelly de Oliveira.
Um olhar sobre a atual conjuntura política de seguridade social brasileira para as concessões de benefícios as pessoas com doença mental [manuscrito] : da normatização a medicalização das psicoses e neuroses / Dayanne Mikaelly de Oliveira Carvalho. - 2018.
30 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas , 2018.
"Orientação : Prof. Dr. Marconi do Ó Catão , Coordenação do Curso de Direito - CCJ."
1. Saúde Mental. 2. Dignidade da Pessoa Humana . 3. Direitos Humanos. I. Título
21. ed. CDD 341.481

DAYANNE MIKAELLY DE OLIVEIRA CARVALHO


UM OLHAR SOBRE A ATUAL CONJUNTURA POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA PARA AS CONCESSÕES DE BENEFÍCIOS ÀS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL: DA NORMATIZAÇÃO À MEDICALIZAÇÃO DAS PSICOSES E NEUROSES


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

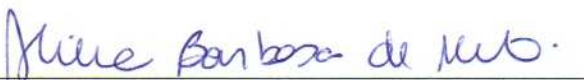
Área de concentração: Direitos Humanos.

Aprovada em: 04/12/2018.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Marconi do Ó Catão (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Ms. Marcelo D'Angelo Lara
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dra. Milena Barbosa de Melo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha mãe, pela dedicação e capacidade de ser luz
mesmo em dias nublados.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, norte de todos os meus passos e alicerce de todas as minhas conquistas.

À minha mãe, Adrina, fonte constante de inspiração, cuja trajetória de vida me enche de orgulho e me move na busca permanente pela melhor versão de mim; responsável direta pela realização de todos os meus sonhos.

À minha tia, Adenize, pela força e ajuda constante nesses meus cinco anos de academia; pela disponibilidade em compartilhar e ouvir sempre, pessoa cujo zelo com que exerce o papel de assistente social faz com que um olhar humanitário sempre nasça em mim ao pensar o Direito e sem a qual esse trabalho nunca teria surgido.

Ao meu avô, Francisco, minha pessoa preferida no mundo, ser humano exemplar e pai zeloso, por toda dedicação desprendida a mim.

Ao meu padrasto, André, pela capacidade de ter se tornado pai aos poucos e se fazer sempre presente a todo momento.

À minha avó, Josefa, mulher de força imensurável, por todas as vezes que me colocou em suas orações, por sempre acreditar na realização dos meus sonhos e por todo amor que me dedicou.

Ao meu noivo, Lucas Andrade, pela desmedida paciência, compreensão, presteza e amor desprendidos a mim de forma constante.

Aos meus amigos, meus maiores incentivadores, que vibraram comigo a cada conquista e dividiram comigo dos risos às lágrimas durante toda essa caminhada. Em especial, a Jordean Silva, que nessa trajetória final esteve presente em todos os meus momentos de aflição e se empenhou em inculcar em mim sentimentos de esperança e fé; a Suelton Braga, advogado brilhante e ser humano ímpar, presente sempre no meu dia-a-dia e a quem eu sempre pude recorrer desde as dúvidas jurídicas até os momentos em que senti necessidade de me sentir acolhida; e a Jamille Lima, que esteve comigo desde o primeiro dia dessa constante descoberta do pensar do direito e dividiu comigo uma infinidade de momentos dentro e fora da academia, boa parte deles responsável por me tornar quem eu sou hoje; agradeço a Deus a oportunidade de chamá-los de amigos.

A Gabriel, Ericleuson, Vitória, Karen, Lorena, Kenedy, Filipe, a todos da turma Gabriel Araújo Dias, pelo companheirismo e capacidade de tornar essa trajetória leve, alegre e amena.

Agradeço à Universidade, aos professores e a todos que colaboraram, de forma direta ou indireta, para a minha formação. Em destaque, à professora Milena Barbosa de Melo, pela confiança em mim enquanto pesquisadora, pelo amor aos Direitos Humanos compartilhado e pela amizade, e ao professor Marcelo D'Angelo Lara, profissional ilustre, cujo amor pela academia nos enche de admiração e pelo referencial de dedicação ao que faz.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marconi do Ó Catão, que, embora se destaque por sua genialidade, se mostra portador de uma humildade sem igual, sou grata pela solicitude ao aceitar o desafio de me guiar nessa etapa final, sempre com muito zelo e disponibilidade, compartilhando comigo constante conhecimento, meu muito obrigada, não tenho palavras para transmitir esse sentimento de gratidão.

“Esse país não é meu. Nem vosso ainda,
poeta. Mas ele será um dia. O país de todo
homem.”

Carlos Drummond de Andrade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL	09
3	O RECONHECIMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS ENQUANTO DOENÇA	11
4	DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AO ATUAL CENÁRIO BRASILEIRO NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS: NORMALIZAÇÃO E NORMATIZAÇÃO	13
5	ANALISE DA POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA NO QUE CONCERNE ÀS CONCESSÕES DE BENEFÍCIOS ÀS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	28

UM OLHAR SOBRE A ATUAL CONJUNTURA POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA PARA AS CONCESSÕES DE BENEFÍCIOS AS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL: DA NORMATIZAÇÃO À MEDICALIZAÇÃO DAS PSICOSES E NEUROSES

Dayanne Mikaelly de Oliveira Carvalho*

RESUMO

O presente artigo discute a efetivação do direito à saúde mental à luz da Constituição da República Federativa do Brasil, da Lei nº 10.2016/01, Portaria nº 30.088/11 do Ministério da Saúde e as demais legislações que tangenciam o tema e se façam relevantes. Para tal fim, inicialmente procurou-se conceituar os direitos fundamentais e estabelecer os direitos sociais como necessários à efetivação da dignidade da pessoa humana. A partir de então, demos enfoque ao transtorno mental e ao momento histórico em que passou a assumir o *status* de doença. Assim, como patologia que passou a integrar o rol de doenças a que o Estado oferece tratamento, sob este viés, nos detemos a analisar os tratamentos disponíveis e a evolução da legislação destinada a estruturar os serviços voltados às pessoas com doenças mentais. A metodologia utilizada para a produção deste trabalho é bibliográfica, devido à indispensabilidade do estudo sistematizado de matérias que abrangem a temática aqui abordada, bem como documental, haja vista que nos utilizamos de fontes primárias, com dados que ainda não receberam tratamento analítico; ademais, foi também utilizada a pesquisa de campo. Por fim, nas considerações finais acerca da problemática, recomendamos que novas políticas públicas sejam efetivadas a fim de chegarmos à concretização do princípio da dignidade da pessoa humana.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Dignidade da Pessoa Humana; Direitos Humanos.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo analisar a forma como o Estado vem estruturando os mecanismos disponíveis para assegurar o direito social à saúde mental, garantido constitucionalmente. Nesse sentido, cumpre preliminarmente ressaltar que a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, promulgada no período pós-ditadura militar (1964-1985), em uma conjuntura de eventos responsáveis por culminar na negativa de direitos individuais, surge com o objetivo de, além de restabelecer tais direitos, conceber um cenário humanitário com ênfase nos direitos sociais.

A princípio, segundo José Afonso da Silva (2010), os direitos sociais são prestações positivas, pois exigem a atuação de forma direta ou indireta por parte do Estado. Estes direitos, de segunda geração, enunciados no Título II, Capítulo II, artigos 6º ao 11 da

* Aluna de Graduação em Direito na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: dayannemcarvalho@hotmail.com

Constituição Cidadã, visam garantir ao indivíduo o pleno exercício dos direitos fundamentais em condições de igualdade, objetivando a proteção das garantias concebidas pelo Estado Democrático de Direito.

Dentre as garantias previstas na vigente Carta Magna, no rol dos direitos sociais, como desdobramento desse panorama de fundamentos, objetivos e garantias constitucionais, destacaremos o Direito à Saúde com enfoque na Saúde Mental.

A relevância social e jurídica do tema decorre da necessidade de despertar na sociedade a consciência e o sentimento de dever no intuito de melhor inserir a pessoa com transtornos mentais no convívio social, olhando-a sob viés humanitário e dispendo de tratamentos inclusivos, afastando assim as tradicionais terapias restritivas e estigmatizadoras. Como objetivos específicos, buscou-se delinear o percurso da concepção de transtorno mental desde a idade média até o momento em que adquire *status quo* de doença, momento este em que o direito social à saúde já era garantia constitucional, passando então o seu tratamento a ser normatizado em legislações específicas, que serão analisadas objetivando apontar as mudanças ocorridas nos serviços direcionados à pessoa com transtorno mental.

Desse modo, utilizamos a metodologia analítica-descritiva, ancorada no método dedutivo e indutivo, recorrendo inicialmente ao levantamento de dados bibliográficos, devido à indispensabilidade do estudo sistematizado de matérias que abranjam a temática aqui abordada e documentais, haja vista que nos utilizamos de fontes primárias, com dados que ainda não receberam tratamento analítico. De forma indutiva, utilizou-se também a pesquisa de campo.

Por fim, faremos considerações acerca da superação do modelo manicomial, a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica, momento em que é gestada a concepção de tratamentos humanizados no que concerne às pessoas com doenças mentais, tudo isso em articulação com a proposta de efetivação da atual Política de Saúde Mental brasileira, preconizada na Lei nº 10.2016/01 e Portaria nº 30.088/11 do Ministério da Saúde.

2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

A partir da concepção de Direitos Fundamentais, entendida como o conjunto de direitos que apresentam, em sua gênese, o propósito de assegurar o provimento das condições mínimas necessárias à efetivação da dignidade da pessoa humana, foram instituídos os direitos sociais, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988.

Nesse contexto, torna-se pertinente inicialmente esclarecer que, para a compreensão da necessidade de efetivação da dignidade da pessoa humana inerente a um Estado Democrático de Direito, faz-se relevante incorporar a definição de IKAWA; et al (2007, p. 39), a qual dispõe que:

A dignidade da pessoa humana pode ser considerada como o fundamento último do Estado brasileiro. Ela é o valor-fonte a determinar a interpretação e a aplicação da Constituição, assim como a atuação de todos os poderes públicos que compõem a República Federativa do Brasil. Em síntese, o Estado existe para garantir e promover a dignidade de todas as pessoas. É nesse amplo alcance que está a universalidade do princípio da dignidade humana e dos direitos humanos.

No mesmo sentido, a Organização das Nações Unidas – ONU, no preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), reconhece que a “dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo”. Partindo desta concepção de dignidade humana, a DUDH consagrou os direitos fundamentais sociais em seu artigo 22, onde prevê que:

Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao desenvolvimento de sua personalidade.

Nesse viés, os direitos sociais, tidos como de Segunda Geração - inspirados no valor da igualdade -, são direitos de titularidade coletiva e com caráter positivo, ou seja, exigem atuação por parte do Estado com o objetivo de garantir às classes sociais menos favorecidas a efetivação das liberdades públicas, que se traduzem nos direitos civis e políticos, reconhecidos como Direitos de Primeira Geração.

Assim sendo, após a promulgação da Constituição Cidadã, vislumbra-se uma nova perspectiva no que concerne à construção de um padrão público universal de proteção social no Brasil, passando a saúde a configurar como direito social preconizado nos artigos 6º e 196 da referida Carta Magna:

Art. 6º **São direitos sociais** a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (grifos nossos).

[...]

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, como consequência da constitucionalização do direito à saúde, disposto no Capítulo da Seguridade Social, as ações e os serviços de saúde passaram a obter relevância pública e apresentar as características de universalidade, gratuidade e integralidade. Doravante, em consonância com tais características, na década de 90 do século passado, surgem legislações orgânicas, responsáveis por regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com efeito, a partir de 1990, com a progressiva implantação do SUS, deu-se um processo lento e gradual de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, culminando com a promulgação da Lei nº 10.216 no ano de 2001, por meio da implantação de um novo modelo assistencial em saúde mental.

Assim, é notório o esforço legislativo para a efetivação do direito universal à saúde como tentativa de concretização da dignidade humana. Mas, por sua vez, o princípio da Reserva do Possível subordina a atuação do Estado, no tocante ao cumprimento de direitos, à existência de recursos públicos. Logo, as prestações positivas incumbidas ao Estado para com aquele que dele necessita ainda acontecem de forma limitada e ineficaz.

3 O RECONHECIMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS ENQUANTO DOENÇA

O reconhecimento dos transtornos mentais enquanto doença se deu à medida que a psiquiatria ganhou *status* de especialidade médica. Masserman (1968) sabiamente definiu a história da psiquiatria como “uma história dos eternos temores do homem e de suas perenes esperanças, dos mecanismos físicos, sociais e filosóficos que, sob vários disfarces, evoluíram na psiquiatria ‘moderna’.”

Mesmo que o *status* de doença atribuído aos transtornos mentais seja recente, “sempre houve entre nós doentes mentais – que eram temidos, admirados, ridicularizados, lamentados ou torturados, mas muito raramente curados” (ALEXANDER E SELESNICK, 1968, p. 23).

Sem dúvida, a tardia inserção dos transtornos mentais no rol de doenças se deu devido à dificuldade de entender os mecanismos da mente. Conquanto a luta para compreender e tratar as doenças mentais tenha abrangido amplas áreas de nossa civilização, como a filosofia

e a religião, além da medicina, os estudiosos não encontravam causas fisiológicas para os sintomas evidenciados pelos pacientes.

Ademais, a medicina primitiva acreditava que a origem das doenças estava na separação do corpo e da alma, estando isso de acordo com a teoria demonologista da doença mental. Em outras palavras, quando a alma ou parte dela deixava o corpo ou era sequestrada, surgia a doença, explicação esta que corresponde a uma das três tendências básicas da psiquiatria, ou seja, a tentativa de lidar com acontecimentos inexplicáveis por meio de magia. As outras duas inclinações seriam a de tentar explicar as doenças da mente através de métodos orgânicos e encontrar explicações psicológicas para as perturbações mentais.

Já a Universidade de Colônia, em meio à Reforma Protestante (século XVI), chegou a aprovar a criação do manual “Martelo das Feiticeiras” (KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James, 1991) no qual estava disposto que algumas pessoas eram tomadas por feitiços e demônios caso não fossem encontradas causas orgânicas que explicassem seus sintomas.

Posteriormente, Philippe Pinel (1745-1827), em meados do século XVIII, desligou a psiquiatria das concepções religiosas, colocando em segundo plano a definição de transtorno mental como algo místico, rompendo assim com a visão demonologista que cercava tais enfermidades. A partir de então, a psiquiatria passa a ter enfoque clínico e ser definida como saber científico legítimo, sendo concedido à loucura *status* médico de doença. Logo, uma vez que a psiquiatria passa a ser percebida como ciência, tendo como objeto de seu estudo as doenças mentais, várias intervenções médicas passam a ser realizadas como forma de encontrar um método orgânico de tratamento.

No ano de 1890, o psiquiatra Burckhardt realizava a primeira lobotomia, que consistia na retirada de parte do lóbulo frontal de um doente mental, sendo que o trabalho não teve prosseguimento devido a pressões éticas. Em 1935, Egas Moniz retomava o trabalho de Burckhardt, sendo o primeiro a realizar a lobotomia em grande número de pacientes.

Em Roma, no ano de 1938, Ugo Cerletti e L. Bini foram os responsáveis por introduzir o eletrochoque como tratamento para pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, o procedimento consistia na passagem de setenta a cento e trinta volts através de elétrodos ligados à cabeça do paciente.

Já no século XX, Georges Canguilhem (2011), na França, em plena II Guerra Mundial, lançava o livro "O normal e o patológico", fruto da sua tese de doutorado em medicina, defendida em 1943, na qual ele crítica a visão de que o estado patológico é apenas uma variação quantitativa do normal. Com efeito, Canguilhem considera que há uma infinidade de possibilidades fisiológicas e contextuais no processo da vida e que estabelecer uma norma

para definir o normal e o patológico, ou seja, a saúde e a doença, apenas transforma estes conceitos em um tipo ideal, que, por sua vez, como padrão, seria inalcançável devido às já citadas variações fisiológicas. Dessa forma, é possível afirmar que Canguilhem defende que o estado do sujeito deve ser definido com base no seu processo de vida, pois a partir daí seria determinado o que é normal e o que é patológico em situações específicas e não numa relação objetiva de conhecimento científico quantitativo.

Com o reconhecimento dos transtornos mentais enquanto patologia e da psiquiatria como especialidade médica autônoma, surgem os manicômios, os hospícios e os hospitais psiquiátricos como espaços voltados ao tratamento das doenças mentais. Por conseguinte, inicia-se a aplicação de intervenções médicas voltadas ao tratamento dos transtornos mentais, a problematização não mais volta-se à inexistência de cuidados para com este segmento social, mas sim à humanização dos serviços oferecidos.

4 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AO ATUAL CENÁRIO BRASILEIRO NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS: NORMALIZAÇÃO E NORMATIZAÇÃO

No Brasil Colonial, a loucura não era concebida como doença, sendo os “loucos” incorporados à paisagem urbana, como bem ilustra o psiquiatra Juliano Moreira (1907):

Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranquilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas dos doentes o permitiam e nos parentes, por si ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados punhamos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranquilos, vagueavam pela cidade, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente.

Somente no início do século XIX, com a chegada da família real ao Brasil, a loucura passou a ser objeto de uma ação interventiva por parte do Estado, que realiza no ano de 1830, através da Sociedade Brasileira de Medicina, um diagnóstico no qual apresentava a situação dos loucos na cidade do Rio de Janeiro. Desde então, com base nesse levantamento, correlacionado com as ideias de Pinel, responsável por dar enfoque clínico à psiquiatria e por defini-la como saber científico legítimo, o louco passa a ser percebido como doente mental.

Em decorrência dessa nova percepção acerca da loucura, o Estado brasileiro inaugura o primeiro manicômio da América Latina em 1852, “Hospício Pedro II”, espaço de

intervenção mediante ação terapêutica nos moldes europeus, dando início ao processo de medicalização da loucura. Este manicômio, administrado por uma congregação religiosa, localizado no bairro da Praia da Saudade, atualmente Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, mantinha a tradição asilar de abrigar não apenas pessoas em seu estado patológico, como também os ditos “*degenerados atípicos*”, ou seja, aqueles que, à época, fugiam da normativa da moral, configurando-se como um lugar de segregação e expurgo social.

Posteriormente, com a proclamação da República, o hospício passou a ser dirigido por médicos especializados, desvinculando-se da Santa Casa, como oportunamente esclarece Resende (1987, p. 43):

[...] era o início da laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle da instituição e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocara para si a atribuição da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental, tal como a gravidade da situação exigia.

Em 22 de dezembro de 1903, é promulgado o Decreto Nº 1.132, que reorganiza a Assistência aos Alienados. Como bem sintetiza Machado et al (1978, p. 484):

Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício. [...] Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido.

Foi também no século XX, entre os anos 20 e 40, que no Brasil deu-se o primeiro passo para a reforma dos tratamentos para os psicóticos, quando Ulisses Pernambucano, precursor da psiquiatria social brasileira, realizou um trabalho voltado à humanização da assistência, diferenciando os serviços de psicóticos agudos dos crônicos, instituindo um serviço aberto para tratamento em regime de pensão livre, criando um sistema de educação especial e um serviço de saúde mental.

Nesta conjuntura, é inaugurada a Assistência aos Psicopatas de Pernambuco em 1931, voltado à concepção de um sistema assistencial, estabelecido por meio de uma rede de serviços composta por um Serviço de Higiene Mental e Ambulatorial.

De acordo com Stockinger (2007), a higiene mental é

[...] um movimento preocupado em preservar e estimular o desenvolvimento mental normal, pretendendo através de uma psicoeducação reduzir a exposição dos

indivíduos a fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais graves, sociopatias, etc.[†]

Ainda neste contexto, surge no Brasil outro modelo de tratamento -Colônias Agrícolas- que visava à cura e reintegração do paciente através do trabalho realizado no campo. Todavia, além dos pacientes acometidos de alguma patologia mental, as instituições, à época, também recolhiam segmentos sociais que viviam à margem da sociedade, tais como órfãos, negros, mendigos, prostitutas, homossexuais, jovens mães solteiras, entre outros.

Na década de 40, mais especificamente em 1948, destaca-se, no cenário médico brasileiro, o trabalho desenvolvido pela psiquiatra junguiana Dr.^a Nise da Silveira, responsável pela criação do setor de terapia ocupacional no antigo “Centro Psiquiátrico Pedro II”, que privilegiou a expressão criativa através das artes*, permitindo que os pacientes se expressassem de formas singulares em ritmos próprios. As técnicas empregadas por essa profissional representaram uma alternativa humanizada e psicodinâmica às terapias tradicionais, uma vez que incentivava a desospitalização e o uso de modalidades terapêuticas preventivas e extra-hospitalares.

Ja na década de 50 do século passado, com a descoberta dos fármacos psicotrópicos (que se diferenciavam dos sedativos tradicionais à medida que não afetavam o estado de consciência no mesmo grau) para o efetivo enfrentamento das enfermidades psiquiátricas, como os neurolépticos e os antidepressivos, dá-se uma ruptura no processo de degradação da assistência psiquiátrica no Brasil. De maneira que foram os fármacos psicotrópicos os responsáveis por transformar os portadores de grandes psicoses em pacientes ambulatoriais. Nesse sentido, observam Alexander e Selesnick (1968, p. 377):

Não há a menor dúvida que as drogas psicotrópicas têm grande valor prático. Sua utilização encurtou acentuadamente a permanência no hospital de pacientes gravemente perturbados e também simplificou a assistência a esses pacientes no hospital por torná-los mais tratáveis.

Paralelamente, ainda na década de 50, surgia na Inglaterra, com Maxwel Jones, o movimento das Comunidades Terapêuticas, que visava à redemocratização das relações, nas

* O trabalho desenvolvido pela doutora Nise da Silveira, que consistia em inserir nos tratamentos às pessoas com doença mental a livre expressão da arte como forma de estabelecer uma comunicação entre o paciente e o mundo exterior, contribuiu de forma direta para que a Terapia Ocupacional se difundisse em outras instituições no Brasil. A história do artista Arthur Bispo do Rosário, paciente mental, retratada na obra de Marta Dantas “Arthur Bispo do Rosário: a poética do delírio” de 2009, publicada pela UNESP, ganhou notoriedade ao transformar a vida em arte, transcendendo o convencional e sendo exemplo da eficiência do modelo de tratamento desenvolvido no Brasil por Nise.

quais todos os membros da comunidade terapêutica participavam nas decisões institucionais; havendo, então, ênfase na perspectiva multiprofissional, pois o diagnóstico passava a ser dinâmico. A comunicação e o trabalho possuíam aspectos centrais como instrumentos essenciais da recuperação, visando-se estimular a autonomia dos doentes e reproduzir, no âmbito terapêutico, as relações externas contidas pelos muros dos asilos.

Em síntese, muito embora tenham sido notórios os processos de mudança dos moldes de concepção da loucura e conseqüentemente das práticas relacionadas aos tratamentos de doenças mentais, no período do Novo Brasil República até o final da década de 1950, somente nos anos de 1960 e 1970, iniciou-se, de forma mais substancial, a Reforma da Assistência Psiquiátrica, incorporando noções originárias da saúde pública e inserção de um modelo interdisciplinar, com abrangência de campos que vão além do saber especificamente médico.

Desse modo, o viés de intervenção é mutável à medida que seu cerne se desloca da **doença** mental e passa a dar ênfase à **saúde** mental. O novo modelo, proveniente da reforma psiquiátrica, julga inadmissível a exclusão, a cronificação e a violência presentes na perspectiva hospitalocêntrica e disciplinarista, propondo, então, a instauração de um modelo interdisciplinar psicodinâmico que se coaduna em propostas de acolhimento, promoção à saúde, qualidade de vida, inserção social etc.

Neste período, o movimento da psiquiatria comunitária instaura-se também nos Estados Unidos que, embora tentasse uma melhora na assistência ao doente mental, não criticava a psiquiatria e seu modus operandi, reformulava sua prática sem que houvesse ruptura epistemológica. Mas, é na Itália que esta ruptura epistemológica entre o saber e a prática psiquiátrica se efetiva. O movimento da psiquiatria democrática italiano, liderado por Franco Basaglia, embora não negue a existência da doença mental, como ocorreu no movimento de Antipsiquiatria de Laing e Cooper na Inglaterra, propõe um novo olhar para o fenômeno, vendo-o como algo complexo, que envolve aspectos psíquicos, biológicos e sociais.

Como líder do movimento da psiquiatria democrática, Basaglia passou a visitar instituições psiquiátricas ao redor do mundo. Na sua vinda ao Brasil, no ano de 1979, visitou o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, com o intuito de tentar reverter o que ocorria no local, e alegou, à imprensa brasileira, estar horrorizado com a situação, chegando a dizer que esteve “em um campo de concentração nazista” e que em lugar nenhum no mundo presenciou uma tragédia como a que lá havia.

Ronaldo Simões Coelho (1970), psiquiatra mineiro, ainda sobre Barbacena, chegou a afirmar que “no hospício tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser

gente”; estima-se que ao menos 60.000 internos foram sentenciados à morte na instituição. Simões também proclamou que “o que acontece na Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja sua forma”, referindo-se ao que tinha presenciado na instituição no breve período em que trabalhou por lá.

Segundo a jornalista Daniela Arbex (2013), escritora do livro-reportagem “Holocausto brasileiro”, no qual conta a história do Hospital Colônia de Barbacena, os manicômios, a essa época, não somente detinham pessoas em seu estado patológico, que na verdade eram a minoria, cerca de 30%, o restante da população eram jovens mães solteiras, negros, pobres, homossexuais, mendigos, desafetos políticos, dentre outros. O Colônia de Barbacena era um retrato fidedigno da barbárie e desumanização, como podemos vislumbrar através da descrição da jornalista em sua obra supracitada:

Milhares de mulheres e homens sujos, de cabelos desgrenhados e corpos esqueléticos cercaram os jornalistas. [...] Os homens vestiam uniformes esfarrapados, tinham as cabeças raspadas e pés descalços. Muitos, porém, estavam nus. Luiz Alfredo viu um deles se agachar e beber água do esgoto que jorrava sobre o pátio. Nas banheiras coletivas havia fezes e urina no lugar de água. Ainda no pátio, ele presenciou o momento em que carnes eram cortadas no chão. O cheiro era detestável, assim como o ambiente, pois os urubus espreitavam a todo instante. (ARBEX, Daniela, 2013, p. 149).

Com a denominada Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir da década de 80 até os dias de hoje, que foi um movimento responsável por implantar um modelo multidimensionado nos três níveis de atenção de saúde mental, houve, por parte das ciências, uma discussão sobre seus papéis nesta vertente de construção conjunta, e várias mudanças já foram realizadas no Brasil (STOCKINGER, 2007, p. 58).

A transição do modelo asilar para uma postura de segmentação em redes com objetivo de contemplar uma variável de demandas se deu à medida que novos dispositivos foram sendo agregados à política de saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, com o primeiro CAPS, Professor Luiz da Rocha Cerqueira, tendo sido inaugurado em São Paulo no ano de 1987, incluindo serviços residenciais terapêuticos etc.

No ano de 1986, é realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual culminou na criação e implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), sendo então formalizados os conceitos de equidade, integralidade, regionalização e descentralização dos serviços e ações em saúde e implantado os distritos sanitários.

Com a redemocratização consolidada na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, foi reconhecido o direito à saúde como direito social e universal. Posteriormente, no ano de 1990, é promulgada a Lei Orgânica nº 8.080 que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS, na qual os conceitos de *universalidade, integralidade, equidade e descentralização político administrativa* são afixados como princípios.

Em 2001, a partir da Lei Nº 10.216, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", é consolidada a reforma psiquiátrica brasileira.

A atual política de saúde mental brasileira é reflexo da luta antimanicomial que teve início na Europa, com a substituição de um modelo de saúde mental hospitalocêntrico por um modelo de serviços não hospitalares. Como resultado da desmistificação da doença mental, da incorporação de conceitos ligados à medicina e da aderência do *status* de doença às patologias mentais se normalizou a forma de se perceber e se tratar os pacientes com transtornos mentais. Isso ocorreu de maneira que a partir de então se fez necessário positivar no ordenamento jurídico os direitos deste segmento, por intermédio de um modelo de assistência pautado num viés humanitário.

O movimento de humanização da saúde foi também impulsionado, no cenário nacional, pela 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986, responsável por anexar o conceito de universalidade e responsabilidade do Estado no ordenamento jurídico, uma vez que foi fruto desta Conferência o texto reproduzido no art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 - "A saúde é direito de todos e dever do Estado".

No mesmo sentido, a Lei Nº 8.080/90, popularmente conhecida como Lei do SUS, que dispõe sobre "as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...]", apregoa que:

Art. 2º **A saúde é um direito fundamental do ser humano**, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O **dever do Estado** de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no **estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.**

[...]

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a

moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. **Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.** (grifos nossos)

Com aspiração na Constituição Federal promulgada no ano anterior (1988), que tinha como escopo a construção de um estado de bem-estar social, o deputado Paulo Delgado propôs o Projeto de Lei nº 3657/89, que visava consolidar a reforma psiquiátrica brasileira nos moldes humanitários, posto que apresentava a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a progressiva extinção das instituições manicomiais. Assim, após sucessivas modificações por parte das duas Casas Legislativas (Deputados e Senadores), o referido Projeto foi aprovado em 2001, sendo positivado na Lei Federal nº 10.216, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Em suma, esse texto legal reafirma o direito a um tratamento que respeite a cidadania do indivíduo, destacando-se os seguintes aspectos:

Art. 1º **Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação** quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. **São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:**

I - **ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;**

II - **ser tratada com humanidade e respeito** e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

[...]

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

[...]

Art. 4º **A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.**

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º **É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares**, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (grifos nossos)

Apesar de, como disposto acima, o direito à saúde mental estar amplamente assegurado na Carta Magna e em Lei específica, a forma como este direito foi "efetivado" no Brasil, até meados do ano de 2004, se afastava do viés humanitário, com instituições sem padrões de atendimento dentro da nova normativa.

Portanto, considerando o fato da constatação, por meio de relatórios de inspeção de unidades psiquiátricas de 16 Estados brasileiros, elaborados pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, juntamente com a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, chegou-se à conclusão de que os pacientes eram tratados sob condições degradantes. Com efeito, este quadro é descrito no mencionado documento onde esclarece que:

O que este relatório confirma são as mais pessimistas instituições dos ativistas comprometidos com a efetividade da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em verdade, nosso país avançou muito nos últimos anos na aprovação de leis garantidoras, inspiradas pelo movimento em favor da humanização das instituições de atenção à saúde mental. Do ponto de vista institucional, temos, então, razões de sobra para comemorar a emergência de novos instrumentos legais comprometidos com os direitos civis dos pacientes psiquiátricos. Eles assinalaram conquistas importantes que não podem ser subestimadas e que refletem, de alguma forma, um amadurecimento alcançado pela própria sociedade civil organizada. Ocorre que tais conquistas não são suficientes. Se os governos não manifestam a determinação necessária para efetivação da reforma, se os recursos necessários aos novos investimentos na área escasseiam, se os profissionais que trabalham nas instituições de internação não são permanentemente estimulados, capacitados e tensionados, a tendência alimentada pela inércia é a reprodução bruta e silenciosa do modelo manicomial, pelo que se começa a minar as próprias conquistas já mencionadas (CFP/OAB, 2004, p. 13).

Como complemento da mencionada Lei da reforma psiquiátrica, foi instituída a Portaria Nº 3.088 do Ministério da Saúde em 2011 que "Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)", com objetivo de melhor articular a rede de proteção a essas pessoas, que foram postas na rua após a extinção dos manicômios sem nenhuma outra instituição pública que as abrigasse, ficando a assistência integral acabou por ser restrita às pessoas mais abastadas,

capazes de pagar pelo tratamento intensivo na rede privada. Então, a partir da mencionada portaria, os hospitais psiquiátricos progressivamente foram sendo substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Acolhimento, Residências Terapêuticas, Unidades de Pronto Atendimento e Equipes Itinerantes em Saúde Mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS - apresentam um papel estratégico na articulação, assistência e regulação da rede de saúde, sendo responsáveis pela maior demanda do serviço de saúde mental, de modo a se fazer presente em maior número de unidades e maior abrangência em seu público alvo. Em decorrência disso, realiza uma maior variedade de tratamentos.

Embora haja uma variedade de tratamentos realizados nos Centros de Atenção Psicossocial, a Portaria Nº 3.088/11 ainda falha ao limitar os atendimentos às pessoas acometidas de transtornos mentais graves, contrariando a determinação da Lei Nº 10.216/01 que em seu art. 1º apregoa que:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (grifos nosso)

A portaria acaba por deixar descoberto da rede de saúde mental todo aquele acometido de neuroses nos seus primeiros estágios, negligenciando o art. 5º, III, que trás a proteção à saúde e a prevenção como um dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS.

Conceitualmente, as psicoses são caracterizadas devido ao quadro clínico cursar com alucinações e delírios, sendo enfermidade mental que, em geral, perdura no tempo, suscetível de ajustamento terapêutico, contudo sem um prognóstico determinado de cura, tais doenças mentais têm como principal agente medicamentoso as drogas denominadas neurolépticos; enquanto que as neuroses são igualmente doenças mentais, sendo que não cursam com delírios ou alucinações, elas, em geral, têm boas respostas terapêuticas a partir da terapia ocupacional e pequenos tranquilizantes denominados benzodiazepínicos; essas enfermidades mentais, que podem ser de natureza leve, moderada e grave, são de melhor resposta terapêutica, psicológica e medicamentosa.

O CAPS é um serviço de referência comunitário para pessoas acometidas de patologias mentais, tais como psicoses, neuroses graves e quadros com gravidade e/ou “persistência que justifique sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (Brasil, 2004 b). Através de uma equipe

multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar, desenvolve projetos terapêuticos e comunitários, se dispensa medicamentos, se encaminha e acompanha pacientes que moram em residências terapêuticas.

O serviço é organizado de forma descentralizada, sendo composto por unidades direcionadas de acordo com as demandas de atenção em saúde mental, são estas: CAPS I – atende pessoa com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; CAPS II – atende pessoa com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; CAPS III - atende pessoa com transtornos mentais graves e persistentes, proporcionando serviços de atenção contínua, retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental; CAPS AD – atende adultos, ou crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; CAPS AD III - atende adultos, ou crianças e adolescentes com necessidades de cuidados clínicos contínuos, a unidade dispõe de no máximo 12 leitos para observação e monitoramento; CAPS I – atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

As unidades são dispostas nos municípios conforme suas densidades demográficas, organizando-se a rede da seguinte maneira: CAPS I – Funciona em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira; CAPS II – Funciona em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período funcionando até 21 horas, de segunda a sexta-feira; CAPS III – Funciona em municípios com população acima de 200.000 habitantes, 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana, CAPSi – Direcionado à crianças e adolescentes, em municípios com população acima de 150.000 habitantes, das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período funcionando até 21 horas, de segunda a sexta-feira; CAPS AD – Funciona em municípios com população acima de 70.000 habitantes, das 8 às 18 horas, podendo ter um terceiro período funcionando até 21 horas, de segunda a sexta-feira; CAPS AD III – Funciona em municípios com população acima de 200.000 habitantes, 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana; CAPS I – Funciona em municípios com população acima de 150.000 habitantes, das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira.

Apesar de ser previsto na Lei 8.080 de 1990 em seu art. 3º que as ações em saúde também se destinam a garantir as pessoas a promoção da saúde mental, somente a partir do ano de 1998 a expansão da quantidade de Centros de Atenção Psicossocial começa a ser perceptível.

De acordo com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, entre o ano de 1998 e o ano de 2001, quando houve a promulgação da Lei 10.216, que dispõe sobre a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, o número de CAPS subiu de 148 para 295. Desde então, houve um constante crescimento da rede de serviços o que aponta para a consolidação deste modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

No ano de 2011, quando foi instituída a Portaria nº 3.088, que regulamenta o funcionamento da rede de atenção psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde, o número de CAPS já era de 1742, passando no ano de 2014, último levantamento do Ministério da Saúde, a contar com 2209 CAPS no território nacional.

Para acompanhar este novo modelo de assistência mental, houve reversão dos recursos federais destinados à saúde mental desde 2005, que passaram a ser decrescentes na Assistência Hospitalar e proporcionalmente crescente em gastos na Atenção Comunitária. Os recursos passaram a ser alocados em dispositivos mais eficientes, acessíveis e voltados à efetivação dos direitos humanos.

No cenário nacional, o Estado da Paraíba apresenta o maior indicador de cobertura de CAPS/100.000 habitantes, correspondendo a 1,57 CAPS a cada 100.000 pessoas, com total de 82 Centros de Atenção Psicossocial. Esses dados apontam para o comprometimento com a ampliação dos serviços substitutivos de base comunitária.

Em relação à distribuição dos CAPS por município elegível, com população acima de 15.000 habitantes, a Paraíba possui 87,5% dos municípios elegíveis com CAPS habilitados, sendo superada apenas pelos Estados do Rio de Janeiro (94,6%) e do Piauí (100%). Na Paraíba, os 82 CAPS são distribuídos em 56 municípios, correspondendo a uma média de 1,46 Centros por município.

Contrariando a média estadual, a cidade de Campina Grande possui 8 CAPS ativos. A rede municipal de atenção à saúde mental conta ainda com 06 Residências Terapêuticas, 01 Centro de Convivência, e a única Emergência Psiquiátrica e Pronto Atendimento do estado da Paraíba, em funcionamento dentro do Hospital Municipal Doutor Edgley Maciel, o qual dispõe de 20 leitos destinados a pacientes psiquiátricos.

5 A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA E A CONCESSÃO DE BENEFÍCIOS À PESSOA COM DOENÇA MENTAL

A Seguridade Social Brasileira tem como escopo assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, compreendendo um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, como dispõe o art. 194 da vigente Constituição da República Federativa do Brasil.

A Assistência, integrante do tripé da seguridade social, sai da lógica da caridade e entra para o cenário do direito social no momento em que a Carta Magna traz em seu art. 203 que “A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social [...]”. Assim, a partir desse modelo assistencial, com intuito de materializar os direitos fundamentais legitimados pelo atual texto constitucional e garantir o atendimento às necessidades básicas, foram implantadas políticas públicas de proteção social em favor dos idosos e das pessoas com deficiência.

Em resposta ao ensejo de promover os direitos fundamentais, é promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social Nº 8.742/93, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Em consonância com o art. 2º, I, alínea e, o qual prevê a “garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”, é instituído o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

O Benefício de Prestação Continuada, em relação à pessoa com deficiência, é destinado para aquela pessoa

[...] que tem **impedimento** de longo prazo **de natureza** física, **mental**, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (grifos nossos)

Integrante da proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS -, o BPC é um benefício individual, não vitalício, para todo aquele que, se enquadrando no público especificado, comprove renda familiar per capita inferior a ¼ de salário mínimo.

Mas, contrariando a normativa que aduz que as pessoas com impedimento de natureza mental têm direito ao BPC, o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS assume prática corriqueira de não reconhecimento dos transtornos mentais como patologias incapacitantes

quando não são tecnicamente diagnosticáveis. De fato, a partir da análise de casos recebidos como demandas em um determinado escritório de advocacia no município de Campina Grande - PB, no período de junho de 2017 a janeiro de 2018, foi possível constatar a necessidade de uma verdadeira “estigmatização” do doente mental para fazer *jus* ao direito de beneficiário do BPC. Em outras palavras, é necessário que o usuário do serviço público de saúde seja literalmente “normatizado e medicalizado” para que então tenha direito a tal benefício. Tomemos, como exemplo, a pessoa com diagnóstico de neurose, que mesmo sendo esta enfermidade considerada “grave”, na maioria das vezes não tem seu direito (benefício) assegurado.

Os clientes do escritório acompanhados pelo CAPS, com declarações emitidas comprovando o tempo que estavam submetidos a tratamento, laudos indicando necessidade de medicalização de uso contínuo, e renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo foram encaminhados ao INSS para processo administrativo objetivando concessão de BPC. Todavia, aqueles que compareceram às agências sem transparecer - através de aparência, higiene pessoal e vestimentas malcuidadas - a patologia a qual portam tiveram, na grande maioria das vezes, seu benefício negado.

Tal fato demonstra a fragilidade do Estado Democrático de Direito e a subjetividade do princípio da dignidade da pessoa humana, uma vez que para concessão de um benefício assistencial a qual tem direito, que visa garantir o mínimo existencial, a pessoa com transtorno mental necessita se encontrar em condições degradantes de sobrevivência. É uma dupla punição, a negativa do direito, que acaba na judicialização da demanda (implica não celeridade na concessão e sobrecarga do judiciário) e a imposição de estigmatização a esse segmento social.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Referente ao exposto nesse trabalho, vimos que o transtorno mental, apesar de todos os entraves em sua trajetória histórica, conseguiu se firmar enquanto doença mental. Contudo, em meio a um contexto adverso de desmonte de direitos, a política de saúde mental ainda enfrenta diversos obstáculos na sua concretização. Mesmo assim, ela se configura como importante ferramenta para a efetivação plena do direito à saúde.

A pesquisa permitiu realizar uma análise das legislações nacionais voltadas à saúde e da estruturação de serviços, constatando avanços na política pública de saúde a partir da promulgação da Lei nº 8.080/90 que institui o Sistema Único de Saúde, da Lei nº 10.2016/01

a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e da Portaria nº 3.088/11 do Ministério da Saúde que incorpora no âmbito do SUS a Rede de Atenção Psicossocial.

Podemos aferir que mediante mudanças no modelo de atenção à saúde mental, mais instituições foram implantadas com a finalidade de responder as demandas da sociedade, e que se diversificaram os tratamentos oferecidos, os pacientes passaram a ser atendidos com projetos terapêuticos individualizados, elaborados por uma equipe multidisciplinar de acordo com as necessidades identificadas.

Entretanto, apesar da diversidade de serviços, a política pública de saúde mental ainda exclui dos tratamentos oferecidos as pessoas acometidas de neuroses, quando estas se encontram em seus primeiros estágios, descumprindo determinação legal de não fazer distinção ao grau de gravidade ou tempo de evolução do transtorno, desrespeitando também o princípio da prevenção no âmbito da saúde pública.

No campo da previdência social, a contrariedade à legislação também foi notória à medida que o Instituto Nacional do Seguro Social obstaculiza a concessão do Benefício de Prestação Continuada, assegurado pela Lei Federal nº 8.742/93, negando o acesso às pessoas cujo transtorno mental não é grosseiramente perceptível, estabelecendo um parâmetro ininteligível, uma vez que as doenças da mente não necessariamente se manifestam materialmente.

Embora por parte da medicina tenha ocorrido a desmistificação dos transtornos mentais, a estigmatização da pessoa com doença mental ainda está impregnada em todas as camadas sociais, fazendo-se necessário que o Estado, por meio de políticas públicas, conceda maior visibilidade a um contingente populacional que continua invisível, efetivando o que apregoa a Constituição e Leis Específicas. Dessa forma, vislumbra-se atribuir um olhar mais humanizado por parte do Estado, que seja capaz de concretizar o princípio da dignidade da pessoa humana de forma objetiva.

ABSTRACT

In this paper, we discussed the effectiveness of the rights to mental health in according to Constitution of the Federative Republic of Brazil, of the Law nº 10.2016/01, Ordinance nº 30.088/11 of the Ministry of Health and all the others legislations which touch the theme and are relevant. For this purpose, we initially brought the concepts of the fundamental rights and established social rights as necessary to the effectiveness of the dignity of the human being. From this point, we focused on the mental disorder concept and the historical moment where it achieved the disease status. Thus, as a pathology which became part of the body of diseases

that the State offers treatment, from this point of view, we centered ourselves into the analysis of the available treatments and the evolution of the body of laws aimed at structuring services for people with mental illness. The methodology used in the production of this work is bibliographical, due to the indispensability of the systematized study of subjects that covers the matters here discussed. In addition, we also utilized a documentary approach, since we used primary sources, with data that have not yet received analytical treatment. Last but not least, we also carried out field research on the matter. Finally, in our conclusions regarding the issue studied, we recommended that new public policies should be implemented in order to achieve the realization of the principle of the dignity of the human being.

Keywords: Mental Health, Dignity of the Human Being, Human Rights.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, Franz G.; SELESNICK, Sheldon T. **História da psiquiatria**. São Paulo: IBRASA, 1968.

ALMEIDA, Guilherme; IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia. Direitos Fundamentais. In: _____. **Formação de Conselheiros em Direitos Humanos**. Brasília: Secretária Especial de Direitos Humanos, p. 42, 2007.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F.O. **A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

_____. **Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 4. ed. São Paulo: Cortez, Col. Biblioteca Básica de Serviço Social, 2008, v. 2.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012.

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. DF. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 6 mar. 2018.

_____. Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília. DF. 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. 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. DF. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 6 de mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. DF. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 6 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº12. Brasília. DF. 2015. Disponível em:

<www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2018.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. **O benefício de prestação continuada BPC**. Guia para técnicos e gestores da assistência social. Brasília. DF. 2018.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.

COSTA RICA. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Mérito, Reparaciones e Custas. Sentença em ação de reparações. Ximenes Lopes e Brasil. Juiz Antônio Augusto Cançado Trindade. DJ, 04 jul. 2006. Disponível em: <corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2018.

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei nº 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-21, 2011.

JUNIOR, Luiz Salvador de Miranda-Sá. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. In: _____. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul, vol. 29, 156-158, fev. 2007.

KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. **Martelo das Feiticeiras**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LOUGON, Mauricio. **Psiquiatria institucional**: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MOREIRA, Juliano. "Memórias do Dr. Juliano Moreira". In: _____. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria**, nº 1. Rio de Janeiro, 1907.

PINEL, Philippe. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2007.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: _____. **Cidadania e Loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

RONCOLATO, Murilo. Manicômios: por que eles ainda são um problema no Brasil. Nexo. Brasil, 2016. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/reportagem/2016/10/30/Manic%C3%B4mios-por-que-eles-ainda-s%C3%A3o-um-problema-no-Brasil>>. Acesso em: 4 abr. 2018.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito constitucional Positivo**. 33. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

NISE: O Coração da Loucura. Direção: Roberto Berliner. Montagem: Pedro Bronz, Leonardo Domingues. Elenco: Glória Pires, Simone Mazzer, Julio Adrião, Cláudio Jaborandy, Fabrício Boliveira, Roney Villela, Flávio Bauraqui, Bernardo Marinho, Roberta Rodrigues, Augusto Madeira, Zé Carlos Machado. Roteiro: Flávia Castro, Maurício Lissovski, Maria Camargo, Chris Alcazar, Patrícia Andrade, Leonardo Rocha, Roberto Berliner. Música: Música: Jaques Morelenbaum. 1 DVD (109 min). Ano/Pais de Produção: 2016/ Brasil.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira**: perspectivas humanistas e existenciais. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

UNIC. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Rio de Janeiro. 2009.