XXV CONGRESSO DO CONPEDI - CURITIBA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

ELISAIDE TREVISAM

FERNANDO GUSTAVO KNOERR

Copyright © 2016 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D598
Direitos sociais e políticas públicas I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UNICURITIBA;

Coordenadores: Elisaide Trevisam, Fernando Gustavo Knoerr – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-362-7
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: o papel dos atores sociais no Estado Democrático de Direito.
1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Congressos. 2. Direitos Sociais. 3. Políticas Públicas. I. Congresso Nacional do CONPEDI (25. : 2016 : Curitiba, PR).

CDU: 34

CONPEDI
Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Florianópolis – Santa Catarina – SC
www.conpedi.org.br

XXV CONGRESSO DO CONPEDI - CURITIBA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS I

Apresentação

O XXV Congresso do Conselho Nacional de Pesquisa em Direito – CONPEDI, ocorreu no Centro Universitário UNICURITIBA, na cidade de Curitiba/PR. Sob o tema Cidadania e Desenvolvimento: O papel dos atores no Estado Democrático de Direito, o evento reuniu pesquisadores, nacionais e internacionais, substancialmente comprometidos com a busca da efetivação de uma sociedade livre, justa e igualitária, nos parâmetros de uma verdadeira democracia.

Diante de um país que sempre esteve marcado pela histórica desigualdade social, além da atual problemática enfrentada pelo Estado brasileiro, o Grupo de Trabalho "Direitos sociais e Políticas Públicas I", reuniu pesquisadores de diversas áreas que apresentaram, com seus trabalhos do mais alto nível científico, debates que nos levaram à reflexão e que muito irão contribuir, de maneira ímpar, para a condução de respostas significativas nos que diz respeito à efetivação dos pressupostos fundamentais do Estado Democrático de Direito, quais sejam, a dignidade da pessoa humana e a vida digna de ser vivida.

Dentre os diversos temas tratados, as pesquisas se desdobraram desde as garantias do direito à educação, à saúde, à felicidade, ao transporte, à renda básica, ao desenvolvimento, ao combate à pobreza, ao mínimo existencial, ao desporto, ao envelhecimento digno, até os mais diversos temas que tratam da busca pela efetivação dos direitos sociais mais basilares na vida do cidadão do Estado Democrático de Direito.

De um modo totalmente transdisciplinar, tanto no Grupo de Trabalho, quanto no Congresso em si, ficou demonstrado que o meio acadêmico jurídico está, juntamente com outras áreas acadêmicas, avançando na busca do desenvolvimento da cidadania e da democracia, sempre objetivando alcançar uma sociedade mais justa, ética e solidária.

As apresentações dos trabalhos, os debates e as reflexões que nos foram propiciadas no Grupo de Trabalho, nos traz a certeza que, apesar dos grandes entraves encontrados no caminho dos atores comprometidos com os direitos mais basilares do ser humano, nosso esforço conduzirá a sociedade por uma via que levará a um futuro mais democrático, mais justo e mais humanitário.

O que não podemos esquecer é que: o debate continua, as reflexões continuam, as pesquisas devem continuar!

Boa leitura!

Profa. Dra. Elisaide Trevisam - PUC-SP

Prof. Dr. Fernando Gustavo Knoerr - UNICURITIBA

A TRAJETÓRIA SOCIOJURÍDICA DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE MENTAL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.

THE SOCIAL-LEGAL TRAJECTORY OF THE CONSTRUCTION PROCESS OF THE FUNDAMENTAL MENTAL HEALTH RIGHTS: THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM AND THE NATIONAL POLICY OF MENTAL HEALTH.

Laercio Melo Martins [1]
Taísa Regina Rodrigues

Resumo

O presente artigo tem por objetivo a analisar a trajetória histórica da legislação psiquiátrica no Brasil a partir de 1830, bem como as políticas públicas promovidas no âmbito da saúde mental pelo Estado brasileiro, ao considerar o campo social até o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n.10.216/0). Tal recuperação histórica e crítica das legislações, sobretudo do estatuto do transtorno mental é essencial para melhor compreender as rupturas, aos paradoxos, os desafios e a trajetória da proteção dos direitos civis e sociais, além das garantias fundamentais da pessoa em sofrimento psíquico à luz da Constituição Cidadã de 1988.

Palavras-chave: Legislação psiquiátrica, Políticas públicas em saúde mental, Constituição, Direito social à saúde mental

Abstract/Resumen/Résumé

The purpose of this manuscript is to analyze the historical path of Brazilian's psychiatric legislation since 1830, and also, the mental health public policy fomented by Brazilian Country, traveling social field, until the advent of the Psychiatric Law Reform (Law n.10.216 /0). This historical recovery and the mental disorders' legislation critics are essential to better comprehend the disruptions, paradoxes, challenges and the trajectory of the civil and social rights protections, beyond the person in psychological distress' fundamental guaranties, according to the 1988 Constitution Citizenship.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Psychitric legislation, Public policy in mental health, Constitution, Social right to mental health

[1] Especialista em Teoria e Filosofia do Direito pela PUC-MG. Mestrando em Direito Constitucional pela UFF

1. Introdução

A partir da investigação da trajetória relacionada às discussões no contexto social, econômico, político e jurídico do campo da saúde mental brasileira, o presente artigo, tendo em vista uma abordagem sociojurídica, propõe-se a percorrer, metodologicamente, marcos históricos de compreensões preliminares do estatuto jurídico do transtorno mental.

Nesse caminho, de modo crítico, buscou-se apresentar as contradições, rupturas e desafios no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois apesar de ocorrerem mudanças no plano formal do ordenamento jurídico, com ampliações do rol de direitos fundamentais; as ações do Estado, no plano material, por vezes, não efetivam essas medidas de salvaguarda da pessoa em sofrimento psíquico.

Assim, no primeiro momento fora investigada, a partir de 1830, a regulação jurídica do transtorno mental no Brasil, bem como a primeira e segunda Leis Federais de Assistência Médico-Legal, assinadas, respectivamente, em 1904 e 1934. No segundo momento, passou-se ao exame da construção da previdência social brasileira e a previsão do direito à saúde, de modo que a mobilização pela Reforma Sanitária encontrou sua radicalização na agenda da Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir da segunda metade da década de 1985, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Ao finalizar a construção da trajetória sociojurídica do direito social à saúde, analisou-se, à luz da Constituição de 1988, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei n. 10.216/01), bem como os dispositivos normativos de consolidação e efetivação de políticas públicas de saúde mental com atenção e prioridade aos modelos substitutivos de assistência psicossocial.

2. Histórico da legislação psiquiátrica a partir do século XIX.

Segundo COSTA (2006), a partir de 1830, um grupo de médicos, higienistas na sua maioria, começaram a pedir, entre outras medidas de higiene pública, que se construísse um hospício para os alienados. Entre os médicos que foram os criadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, estavam José Martins da Cruz Jobim, Joaquim Cândido Soares de Meirelles, Luiz Vicente de Simoni, Jean-Maurice Faivre e Francisco Xavier Sigaud. Embora nenhum deles tivesse tido uma formação psiquiátrica propriamente dita, são os verdadeiros fundadores da Psiquiatria no Brasil.

Eles se serviram de alguns periódicos da época - Semanário de Saúde Pública, 1831-1833; Diário da Saúde, 1835-1836; Revista Médica Fluminense, 1835-1841- para desencadear um importante movimento de opinião pública, com vistas a criação do asilo. De fato, os loucos eram abandonados e excluídos da participação do convívio social e existiam críticas aos métodos de tratamento empregados pela Santa Casa de Misericórdia. Os médicos críticos ao procedimento religioso defendiam a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados de acordo com os princípios do tratamento moral de Pinel, em vez das celas insalubres dos hospitais gerais e dos castigos corporais:

> Até 1850, os doentes mentais que habitavam o Rio de Janeiro não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica. Quando não eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia (COSTA, 2006, p.33).

Em 1841, o imperador Pedro II, assinou o decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, com data de inauguração em 1852. A partir de então, os doentes mentais foram todos reunidos no Hospício D. Pedro II, cuja direção permaneceu, no entanto, confiada aos religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Esse evento é o marco inicial da psiquiatria brasileira, como parte de um projeto sanitarista para a realidade social:

> Em 1830, os médicos para solucionar o problema dos alienados abandonados a sua a sua sorte pelas ruas da cidade, ou internados indevidamente no Hospital Santa Casa lançaram o lema "aos loucos o hospício", que obtém êxito com decreto de 18 de julho de 1841, ato de maioridade do Imperador, criando o Hospício de Alienados Pedro II, na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro (YASUI, 2010, p.26).

Em 1881, com a criação da cátedra de "Doenças Nervosas e Mentais" na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o médico generalista e professor da faculdade, Nuno de Andrade assumiu a direção do primeiro estabelecimento hospitalar para doentes mentais no Brasil. A transferência da assistência e gestão hospitalar da Santa Casa de Misericórdia para Nuno de Andrade não foi pacífica e amigável.

Precedeu-a uma campanha e uma série de artigos publicados em jornais, além de relatórios médicos onde se constava a descrição de comissões especiais de visitação, em que se podia verificar nos relatos médicos uma incapacidade administrativa e de gerenciamento por parte dos religiosos, além de desorganização, insalubridade, falta de higiene, excesso de doentes, tratamento impróprio, enfim, persistia a estratégia de mando e poder em pontos, ou melhor, instituições estratégicas da sociedade (LUZ, 2006).

Já no ano de 1886, Nuno de Andrade é substituído por Teixeira Brandão, que foi o primeiro médico psiquiatra a ocupar aquele posto. Nesse momento, iniciou-se o ensino regular de psiquiatria aos médicos generalistas. Após a instauração da República, em 15 de novembro de 1889, o Hospício D. Pedro II, passou a se chamar Hospital Nacional dos Alienados e foi separado da Administração da Santa Casa para colocar-se sob tutela do Estado (COSTA, 2006). Em 21 de junho de 1890, por meio do Decreto n. 508, houve a criação da Assistência Médico-Legal a Alienados:

> Dessa forma, o termo Assistência Médico-Legal a Alienados denota a íntima proximidade da psiquiatria com a jurisprudência predominante nas primeiras décadas do século, ou seja, a proximidade dos aspectos médicos da assistência com os aspectos legais envolvidos nas ações dos alienados (LOUGON, 2006, p.53).

Já no ano de 1899, o Governo Campos Sales impôs drásticas reduções orçamentárias à assistência psiquiátrica, que começou, então a degradar-se (COSTA, 2006). Em 1902, um inquérito conduzido pelo Governo Rodrigues Alves revelou que o Hospital Nacional de Alienados - antigo Pedro II- era simplesmente uma casa para detenção de louco, onde não havia tratamento conveniente, nem disciplina, nem qualquer fiscalização. Foi nesse contexto histórico que, entre os alunos de Nina Rodrigues, deu-se a escolha do médico Juliano Moreira, conferindo-lhe a administração deste hospital (LUZ, 2006).

3. Primeira Lei Federal de Assistência Médico-Legal

Em 1903, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados (Lei n. 1.132 de 22 de dezembro de 1903), projeto atribuído a Juliano Moreira:

> O texto legal, ao circunscrever o campo dos doentes passíveis do diagnóstico de alienação, pelo que o próprio termo define- que está alheio aos outros-, normatizava, também, propósito da exclusão e confinamento para que se realizasse a ordem pública. Seguindo esta racionalidade científica, não podemos deixar de fazer menção à questão da apropriação de conceitos para novas práticas. O alienado até então sempre fora considerado como aquele cuja mente permanece alheia ao mundo que o cerca, o que difere do conceito de alienar forçosamente, ou por meio de sequestro, uma pessoa do convívio físico com outras. O alienado mental, no conceito anterior à legislação proposta por Juliano Moreira no governo Rodrigues Alves, corresponde a uma pessoa cuja mente, não o corpo, estava alheia. A legislação compreenderá em alienar também o corpo do convívio social. O louco, ou alienado mental, antes de Juliano Moreira não era visto sob as circunstâncias conclusas da medicina legal – expoente de pesquisa da faculdade baiana -, como uma pessoa virtualmente perigosa, cuja tendência degenerativa necessitava ser estancada naquela geração, raciocínio este completado posteriormente, quando da proposta de esterilização dos internos de asilos ou hospícios (LUZ, 2006, p.53).

No ano de 1905, surgiram os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins a partir de um grupo de alienistas cariocas com a presença de Juliano Moreira que também fundou, em 1907, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina-Legal (COSTA, 2006).

Em 1912, a Psiquiatria tornou-se especialidade médica autônoma e, a partir desta data, até 1920, ocorreu um aumento importante no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. É durante esse período que são inaugurados a Colônia do Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário (COSTA, 2006).

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) foi fundada no Rio de Janeiro, em razão do Decreto n. 4.778 de 27 de dezembro de 1923, pelo psiquiatra Gustavo Ridel, com a ajuda de filantropos do seu círculo de relações. "O objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos (COSTA, 2006,p.39)".

Após reuniões nos dias 20, 23 e 25 de janeiro de 1923, realizadas na residência do médico Juliano Moreira e no salão de conferências da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro. Entre os que assinaram a ata de fundação constam: Juliano Moreira, Miguel Couto, Henrique Roxo, Fernando Magalhães, Conde Afonso Celso, Carlos Chagas, Manoel Bonfim, Roquette Pinto, Lemos Brito, J.P. Fontenelle, Moncorvo Filho, Carneiro Leão, Renato Kehl, Afrânio Peixoto, Pacheco e Silva, Ulisses Pernambucano, Ernani Lopes (LUZ, 2006).

Segundo COSTA (2006), a LBHM era uma entidade civil, reconhecida de utilidade pública, que funcionava com uma subvenção federal, com a ajuda benévola de filantropos e, posteriormente, em 1925, com a renda dos anúncios publicados na sua revista, *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, surgida nesse mesmo ano:

> A LBHM compunha-se de uma direção, presidente, vice-presidente, secretário-geral e de um conselho executivo formado por um número variável de membros. Os psiquiatras que faziam parte da LBHM eram todos responsáveis por outros serviços psiquiátricos e, *grosso modo*, constituíam a elite psiquiátrica do Rio, talvez do Brasil [...] De 1923 a 1925, a LBHM seguiu a orientação que Riedel lhe havia imprimido, ou seja, a de procurar aperfeiçoar a assistência aos doentes. A partir de 1926, no entanto, os psiquiatras começaram a elaborar projetos que ultrapassavam as aspirações iniciais da instituição e que visavam a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos (COSTA, 2006, p.40).

Em 1927, o Governo Washigton Luís criou o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal passando a coordenar administrativamente todos os

estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro (COSTA, 2006). Ao longo da sua existência, o órgão federal destinado à assistência psiquiátrica pública teve outras denominações, a partir da edição de outros decretos: como a criação da Assistência a Psycopathas, por meio do Decreto n. 17.805 de 23 de maio de 1927:

> Desvincula nominalmente o órgão do âmbito jurídico, predominando a instância médica expressa no conceito de psicopatia, de extração psiquiátrica. No entanto continuava como uma Divisão do Ministério da Justiça e Negócios Interiores; apenas no período seguinte, em1937, passaria ao Ministério da Educação e Saúde (LOUGON, 2006, p.53).

Em 1928, a Liga Brasileira de Higiene Mental reformulou os primeiros estatutos de 1923 e deu lugar importante à intervenção preventiva dos psiquiatras nos meios escolar, profissional e social. Já no ano de 1930, em razão da tendência centralizadora da Revolução de 30, houve a incorporação dessa instituição ao Ministério da Educação e Saúde (COSTA, 2006).

4. Segunda Lei Federal de Assistência Médico-Legal

Em 1934, o Decreto n. 24.559 de 3 julho, promulgou a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais:

> De 1928 a 1934, acentua-se este distanciamento da teoria e da prática psiquiátricas correntes. Os psiquiatras definem-se cada vez mais como higienistas. Paralelamente, a higiene mental, que era inicialmente uma aplicação dos conhecimentos psiquiátricos, aparece como a teoria geral que contém e orienta a prática psiquiátrica. Esta transformação, no entanto, nada tinha de fortuita. A LBHM justificava sua nova prática apoiando-se na noção de eugenia. Para os psiquiatras, a mudança imposta aos programas de higiene mental era uma decorrência natural dos progressos teóricos da eugenia. Era esta noção, portanto, que caucionava, cientificamente, a invasão do campo social pela higiene mental (COSTA, 2006, p.41).

Em 02 de abril de 1941, por meio do Decreto n. 3.171, houve a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais e no ano de 1970, ocorreu a criação da Divisão Nacional de Saúde Mental em razão do Decreto n. 66.623 de 22 de maio:

> 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).

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 destes decretos não revela mudanças substanciais na abordagem da doença mental e seu

tratamento, ou na política de saúde mental adotada. Correspondiam apenas a mudanças de caráter administrativo, não se configurando assim como marco significativo o bastante para dividir em períodos a existência do órgão.

A questão do cuidado eugênico da raça brasileira foi introduzida no Brasil, de início, pelos intelectuais e, só em seguida, pelos médicos. Os historiadores, sociólogos, antropólogos e literatos foram os primeiros a difundir a na cultura brasileira as ideias de eugenia, originárias dos meios intelectuais do começo do século XX.

Afirma COSTA (2006) que esse movimento intelectual alcançou profunda repercussão sobre a intelectualidade brasileira das três primeiras décadas do século XX, que começou, então a preocupar-se com a constituição étnica do povo brasileiro. A atração dos intelectuais brasileiros pelas ideias eugênicas não era gratuita, chegava no Brasil num momento oportuno:

> A intelectualidade brasileira enfrentava, na época, graves problemas ideológicos que a eugenia ajudou a solucionar. O regime republicano atravessava, nas duas primeiras décadas do século XX, um período de convulsões. A Abolição da Escravatura, e imigração europeia; a migração dos camponeses e antigos escravos para as cidades; enfim, os efeitos econômicos da industrialização nascente agravavam as tensões sociais e colocavam em questão o próprio regime, cuja legitimidade a elite dirigente procurava justificar por todos os meios (COSTA, 2006, p.43-44).

Em suma, a hierarquia biológica das raças sucedia no regime republicano a hierarquia de sangue da nobreza, a fim de perpetuar as desigualdades sociais:

> Os trabalhos de grandes intelectuais brasileiros como Oliveira Viana e Euclides da Cunha, ou o pioneiro da Antropologia no Brasil, Nina Rodrigues, oferecem um infeliz testemunho da importância destas ideias. Estes autores, não obstante o inegável valor de suas obras, manifestam, por vezes, um desprezo e uma hostilidade para com o brasileiro de cor, cujas raízes nascem nos preconceitos do grupo social a que pertenciam (COSTA, 2006:45-46).

De modo crítico, COSTA (2006) afirma que desde a data de promulgação do Decreto n. 24.559 de 03 de julho de 1934 e os primeiros protestos contra situação da assistência aos loucos no Rio, escoou-se aproximadamente um século. Fica evidente, que o hospício cumprira sua função social de legitimar a exclusão de indivíduos ou setores sociais não enquadráveis e indisciplinados. Em síntese, aponta a "íntima relação entre o hospício e as demandas e necessidades oriundas dos processos econômicos, políticos sociais da cidade e da sociedade, na qual estão inseridos (YASUI 2010, p.26)". Em outras palavras, a relação entre poder e saber.

5. Mudança de paradigma da saúde mental brasileira

Em virtude da trajetória histórica da psiquiatria brasileira e do tratamento degradante conferido aos pacientes mentais, inclusive em sua regulação jurídica, faz-se necessário um exercício de reflexão constante em relação aos cuidados em saúde mental, bem como a preservação dos direitos individuais e sociais das pessoas em sofrimento psíquico. Nesse caminho, deve-se buscar efetivar programas de aprimoramento técnico no âmbito quantitativo e qualitativo da assistência psicossocial através de políticas públicas alinhadas ao desenvolvimento de pesquisas no campo da saúde mental.

É importante, nessa construção, ter responsabilidade ética sobre a utilização do conhecimento científico; tendo, como diretriz norteadora, a concepção da dignidade da pessoa humana, concomitantemente a essa análise, possibilitar um arcabouço instrumental de práticas terapêuticas a serviço da reabilitação psicológica e social da pessoa em sofrimento psíquico.

De fato, subjugar indivíduos, sob o argumento científico, colocando-os em situações degradantes é conduta ilícita que atenta contra o ordenamento pátrio, além de revelar uma prática antiética e descabida do conhecimento científico. É preciso, para a reabilitação psicológica, de sensibilidade clínica.

Sendo assim, a constituição de uma epistemologia da saúde mental brasileira, inevitavelmente, deve averiguar os grupos de interesse que se beneficiaram e se beneficiam com o modelo de asilo manicomial público e privado. As principais críticas ao modelo tradicional psiquiátrico residiam na internação como terapêutica principal, bem como a estrutura hierárquica pautada na representação do médico e a predominância do tratamento, majoritariamente, realizado por uso de remédios.

Paulo Amarante (2007), médico psiquiatra e professor da Escola Nacional de Saúde Pública da FioCruz – Rio de Janeiro, utiliza o conceito proposto por Franco Basaglia de *processo social complexo* para pensar a dinâmica de transformações no âmbito da saúde mental brasileira. Sendo assim, ele apresenta quatro dimensões, a saber: (a) dimensão téorico-conceitual, (b) técnico-conceitual, (c) jurídico-política e (d) sócio-cultural. Assim, poderia iniciar, a partir da crítica epistemológica da racionalidade científica moderna, a construção de um novo lugar para a loucura.

Silvio Yasui (2010), médico psiquiatra e professor da Universidade Estadual Paulista (UNESP) de Assis, de orientação freud-marxista, apresenta uma epistemologia da saúde mental para pensar a realidade brasileira, a partir dessa ideia da Reforma Psiquiátrica como processo social amplo e complexo em quatro dimensões e, por consequência, como um

processo civilizador. Nessa trajetória, seria necessário empreender um olhar crítico para a realidade social, a fim de desconstruí-la, explicitando, e revelando as relações de poder. Nessa proposta, sobretudo a partir da ruptura epistemológica com os fundamentos do saber psiquiátrico tradicional, apresentar novas instituições de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico.

As práticas do processo social complexo envolvem desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico tradicional, reconstruir o objeto de investigação e a noção de loucura e desvio, ao compreender o indivíduo como somatório do sofrimento existencial presente no corpo social e, a partir disso, produzir espaços de convivência coletivos, de produção de vida e sentido, assim como sociabilidade (YASUI, 2010).

O conceito de processo social complexo , segundo YASUI (2010), foi empregado para caracterizar a desinstitucionalização italiana, em contraposição às mudanças na Europa e nos Estados Unidos, que em nome da racionalização financeira-administrativa, reduziu-se a uma desospitalização.

O campo do conhecimento científico não estaria isento dessa investigação, na medida em que o questionamento acerca da neutralidade da verdade científica representaria uma importante análise epistemológica na construção do conceito de transtorno mental e sua construção. Assim, nessa perspectiva, o homem seria o resultado das convergências sociais, econômicas, políticas e culturais que incidem sobre seu corpo, bem como da dinâmica dos saberes e práticas que o sujeitam (YASUI, 2010).

Entender o campo da saúde mental constituído de conflito, contradições e paradoxos é reconhecer as relações de forças políticas que permeiam os conceitos em saúde mental, sobretudo da noção de loucura. O processo de transformações no campo psiquiátrico situa-se, no caso brasileiro, no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade dos anos 70.

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo com marcas do seu tempo (YASUI, 2010). Não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens, como movimento social como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo em seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado a concretização dos seus direitos. Ações que envolvem afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais pautados pela justiça e equidade.

Ao apresentar a dimensão política no empreendimento de sua análise da Reforma Psiquiátrica brasileira, YASUI (2010), retoma o conceito de liberdade em Hannah Arendt, como sentido da política. Sendo assim, realiza uma critica ao modelo “hospitalocêntrico” e

excludente. Em relação ao movimento de Reforma Sanitária e sua articulação com os movimentos sociais na década de 70, ele relata a apresentação de Sérgio Arouca, em 2002, por ocasião do evento comemorativo do 20º aniversário do curso de especialização em Saúde Mental da ENSP/Fiocruz:

> Aludiu a uma questão decisiva que se colocava à época: como se poderia exercer uma profissão, no horário comercial, e ser revolucionário e contestador, no tempo livre? Como integrar isso? Pensar o trabalho e a formação na saúde e enfrentar o pensamento autoritário: essa grande questão deu origem ao movimento de medicina social, de saúde coletiva dentro dos departamentos de medicina preventiva que começaram a produzir reflexões e a realizar denúncias das contradições entre ditadura, pensamento autoritário e saúde, no seu sentido mais amplo (YASUI, 2010, p. 30).

A saúde tem determinantes sociais o que implica pensá-la como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social (YASUI, 2010).

A Reforma Sanitária se colocava, assim, fundamentalmente como um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na construção da *polis*, da esfera pública, dos bens comuns. De fato, esse processo se articulou com outros clamores sociais e juntou-se a luta pela redemocratização do país, ultrapassando a questão da saúde mental:

> O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É também, o lugar e confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (YASUI, 2010,p.32).

Desde a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, até a década de 1960, a assistência psiquiátrica brasileira constituiu por sua oferta exclusiva e compulsória de internação em hospitais psiquiátricos públicos. Dentre os documentos nacionais e internacionais, à época, que apontavam para uma reorientação dos modelos em assistência psiquiátrica; por exemplo, a III Reunião de Ministros da Saúde, Santiago no Chile, em 1972, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

De acordo com YASUI (2010), em 1973, o Ministério da Previdência aprovou o Manual para Assistência Psiquiátrica, que serviu de base para a Portaria n.32 de 1974, do Ministério da Saúde que enfatizavam os princípios para a psiquiatria de comunitária. Nas universidades brasileiras, notava-se a repercussão e discussão das ideias da Antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e da Psiquiatria Democrática italiana de Franco Basaglia o que,

segundo YASUI (2010), fomentou no final dos anos 70 congressos e encontros com Michel Foucault, Robert Castel, Felix Guattari e Erwin Goffman.

A greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), de 1978, foi o acontecimento que deu a origem ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Naquele ano, médicos denunciaram as precárias condições às quais eram submetidos os pacientes nos hospitais psiquiátricos da DINSAM, órgão ligado ao Ministério da Saúde. Em abril, profissionais das quatro unidades do Rio de Janeiro deflagraram a primeira greve no setor público, após o regime militar, que logo recebeu o apoio de várias entidades (YASUI, 2010).

A década de 80, do século XX, considerada pela maioria dos economistas brasileiros como a "década perdida", em razão da política econômica adotada no governo militar, apresentou uma conjuntura fiscal recessiva.

Conforme YASUI (2010), paradoxalmente, foi nessa conjuntura desfavorável que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica começaram a se apresentar, no cenário nacional como um processo não apenas de transformação da assistência e de construção de uma nova agenda para a saúde pública, mas como um projeto de redemocratização.

A partir do quadro de crise financeira na previdência social na década de 70, institui-se uma agenda de reformista do setor saúde, formulada e consolidada, nessa quadra histórica, sob a liderança das forças políticas democráticas, tendo como componentes essenciais a descentralização, a universalização e a unificação do sistema de saúde. "Um ator importante desse processo foi o CEBES, que, em outubro de 1979, apresentou o documento A Questão Democrática na Área da Saúde" no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados:

> Para enfrentar a grave crise financeira, o governo militar buscou formular alternativas, como o Plano Prev- Saúde, que incorporou teses e propostas do Movimento Sanitário, tais como descentralização, hierarquização, regionalização e ênfase aos serviços básicos de saúde (YASUI, 2010, p.39).

No final de 1981, a Presidência da República criou o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP):

> Em agosto de 1982, o trabalho do CONASP se consubstanciou no Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, que propunha oficialmente modificações, as quais objetivavam a racionalização do sistema, a melhoria da qualidade dos serviços e a reversão do modelo assistencial privatizante, com a descentralização e a utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais, na cobertura assistencial da população (YASUI, 2010, p.40).

Diversas experiências, principalmente a partir da política de saúde da Nova República, e a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) serviram como laboratório de elaboração do projeto SUS:

> Em 1986, após uma intensa mobilização de diferentes atores e segmentos sociais, profissionais, quadros técnicos e – uma novidade – representantes de usuários, realizou-se a histórica 8ª Conferencia Nacional de Saúde (CNS) que, em seu relatório final, expunha os princípios e diretrizes do SUS (YASUI, 2010, p.40-41).

Esse encontro foi uma resposta ao realizado em 1985 pela Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo sem a participação dos trabalhadores em saúde mental em sua organização, buscava-se, com isso, assinalar diferenças entre algumas lideranças da Reforma Psiquiátrica, comprometida com as políticas estatais, e os trabalhadores em saúde mental, que desejavam imprimir uma dinâmica mais democrática e com mais participação nas políticas em saúde mental. Em março de 1987, em São Paulo foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Deve-se registrar, ainda, que a proposição antimanicomial, que vai atravessar os passos de boa parte das práticas da Reforma Psiquiátrica, até os dias de hoje, já se mostrava ali bem clara e plenamente afirmada:

> A saúde possui um valor universal e, por ser considerada como parte integrante das condições mínimas de sobrevivência, é componente fundamental da democracia e da cidadania. Assim como os outros direitos sociais, a saúde é um elemento potencialmente revolucionário, uma vez que constitui em um campo privilegiado de luta de classes, em que se podem dar a formação e a transformação de vida das diferentes classes sociais (YASUI, 2010, p.44).

6. A Reforma Sanitária e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

A Reforma Psiquiátrica buscou ampliar as discussões técnicas para uma perspectiva política e social, expressa no relatório da I CNSM, o primeiro documento brasileiro oficial a colocar a questão da saúde mental nessa perspectiva da luta entre os interesses de classes, com críticas à violência institucional e asilar no cenário político do regime militar.

Em dezembro de 1987, organizou-se na cidade de Bauru, em São Paulo, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (SP). A escolha da cidade paulista deveu-se ao fato de ela estar sob uma admiração progressista, à época, o que favoreceu o apoio para a organização e para a realização do evento. Além disso, havia várias lideranças expressivas da Reforma Sanitária, como David Capistrano, secretário municipal de Saúde, e da Reforma Sanitária, como Roberto Tykanori, que lá tinham implantado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (YASUI, 2010).

O lema “Por uma sociedade sem manicômios” foi adotado, de modo nacional, a partir desse evento. O lema colocava a questão da loucura no âmbito sociocultural:

> Tratava-se de produzir uma utopia norteadora das propostas assistenciais; resgatar a discussão sobre segregação e a violência institucional; repensar as práticas e inventar possibilidades para ampliar o campo de atuação. Tratava-se, também, de uma profunda e radical ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, de uma Razão instrumental, sobre a loucura (YASUI, 2010:45).

O Congresso contou com a presença de lideranças municipais, técnicos, usuários, familiares, estudantes e muitas outras pessoas, em um clima de muita vitalidade e participação. Ocasião em que se estabeleceu o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial. O Manifesto de Bauru, aprovado na plenária e distribuído no dia da passeata que pedia o fim dos manicômios, marcou o nascimento de um novo movimento: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial:

> O Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) buscou manter, ao longo dos anos, uma singular e importante peculiaridade: a de existir como um movimento, sem se tornar uma instituição: não há uma sede, fichas de inscrição ou rituais de filiação. Existe como uma utopia ativa, prenha de desejos e ideais de transformação e, como materialidade na prática cotidiana de profissionais, familiares, usuários e tantos outros que se identificam com seu ideário. É, fundamentalmente, um dispositivo social que congrega e articula pessoas, trabalhos, lugares (YASUI, 2010, p.46).

Em 1989, na cidade de São Paulo, organizou-se, a Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental que congregou diversos segmentos sociais, com o fim de criticar as políticas públicas da Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo.

Em 1989, a Prefeitura de São Paulo desenvolveu um processo de mudança na assistência em saúde mental com a constituição de um projeto composto por uma rede de serviços e estratégias, tais como centro de convivência, que representava a possibilidade de um espaço de convivência com a diferença; por exemplo, nos parques municipais, hospital-dia, emergências psiquiátricas, leitos psiquiátricos em hospital geral, em que cada equipamento visava a dar conta de um determinado nível de complexidade de atenção à saúde mental, em uma organização baseada no princípio da hierarquização dos serviços de saúde.

No final dos anos 80, surgem novos atores sociais da Reforma Psiquiátrica: as associações de usuários e familiares. As associações atuaram na construção de novas possibilidades de atenção e cuidados e na luta pela transformação da assistência em saúde mental:

> Além da pioneira Sociedade de Serviços Gerais para a Integração do Rio de Janeiro (criada em 1978) e do Grupo Loucos pela Vida de Juqueri, nasceram

> a Associação Franco Basaglia (São Paulo), a Associação Franco Rotelli (Santos), o SOS Saúde Mental, entre outras (YASUI, 2010, p.50).

Ao finalizar os anos 80, o panorama político era distinto dos anos 70. Era um país diferente com a eleição direta para a Presidência da República, com uma nova Constituição, com a perspectiva e a esperança da construção de uma nação mais soberana e democrática. No campo da saúde, a mobilização continuava em torno da institucionalização da Reforma Sanitária, especialmente na luta pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde.

Especificamente no âmbito da saúde mental, ocorreram algumas importantes experiências singulares e paradigmáticas no inicio dos anos 90, como a do CAPS Luiz Cerqueira, a organização da saúde em Santos e os centros de convivência; um movimento organizado nacionalmente, representado pelo Movimento da Luta Antimanicomial; a ampliação da organização de associações de usuários e familiares; o início da mudança na legislação federal e a criação de leis em vários estados e municípios, e o começo da institucionalização da Reforma Psiquiátrica (YASUI, 2010).

A aprovação da Lei Orgânica da Saúde, obtida graças a uma intensa mobilização e articulação das forças políticas em favor da reforma, agrupadas na Plenária das Entidades de Saúde. Todavia, todos os artigos referentes à participação social foram vetados, obrigando a uma nova mobilização e à aprovação de outra lei (Lei n. 8.142/92), que dispõe sobre a realização das conferências e sobre os Conselhos de Saúde, tornando-os obrigatórios.

Essas portarias incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais espalhadas pelo país, com o nome de NAPS ou de CAPS. Contudo, muitos municípios encontraram, nos procedimentos de saúde mental, uma oportunidade para aumentar os recursos financeiros repassados à saúde, devido ao seu elevado valor, comparativamente aos outros da tabela de remuneração do SUS. Ou seja, estavam mais preocupados com as finanças municipais do que em implantar um modelo de assistência em saúde mental:

> A II CSNM ocorreu em um momento em que diversas experiências estavam consolidadas e espalhando-se pelo país; já existia um projeto de lei federal, aprovado na Câmara dos Deputados e tramitando no Senado, e leis estaduais aprovadas ou em tramitação; havia dispositivos institucionais (portarias ministeriais) voltadas para a implantação de novos serviços e aumentavam a fiscalização dos hospitais; existiam diversas associações de usuários atuando ativamente pelo país, isto é, estava em curso um processo de transformação da saúde mental no campo assistencial, no campo jurídico, no campo institucional e no campo cultural (YASUI, 2010, p.59).

Aprovaram leis com orientação semelhante ao projeto do deputado Paulo Delgado (PL n. 3.657/89) os estados do Rio Grande do Sul (1992), Pernambuco (1992), Espírito Santo (1992), Ceará (1993), Minas Gerais (1995) e Paraná (1995); o Distrito Federal (1995), além

dos municípios, como, por exemplo, Ribeira Preto – SP, Belém – PA e Londrina – PR (YASUI, 2010).

Desde o início dos anos 70, a Reforma Psiquiátrica se apresentou com um temário de caráter social e estabeleceu estratégias para ampliar os limites de sua atuação para além dos muros dos asilos e das universidades. Em um constante processo dialético, foram sendo criados novos paradigmas e novas práticas institucionais, especialmente os NAPS e os CAPS, que acabaram por influenciar e inspirar mudanças na estrutura normativa das ações de saúde, através de portarias e normatizações do Ministério da Saúde, constituindo-se assim, como uma política pública de saúde. Em abril de 1999, foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC) do Ministério da Saúde:

> Se, por um lado, esse modelo de financiamento representou um avanço, porque colocou a proposta de mudança de modelo assistencial implícita, no CAPS, como uma política de relevância e uma ação estratégica do Ministério a Saúde; por outro lado, trouxe problemas, pois mantém a mesma lógica de produtividade, ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico de um indivíduo, deixando de lado toda uma série de ações realizadas no âmbito do território, todas previstas na portaria 336/2002, tais como a supervisão de unidades hospitalares com outros setores e segmentos sociais etc. Continua-se a financiar a doença e não a promoção da saúde (YASUI, 2010, p.66).

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, foi finalmente aprovada a Lei n. 10.216/01, que despertou muitos debates em torno da sua essência e aderência ao projeto de novos rumos da prática psiquiátrica brasileira:

> A mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas aponta para uma proposta de mudança do modelo assistencial. Como revelador dessa característica, podemos destacar o fato de sete (4º a 10º), de seus treze artigos, referirem-se exclusivamente à regulamentação da internação psiquiátrica, enquanto dois (1º e 2º) aludem aos "direitos e à proteção das pessoas acometidas de transtorno mental". A mudança de modelo de atendimento aparece como uma sugestão no item IX do parágrafo único, do artigo 2º, expressa como direito da pessoa em "ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental". Os outros artigos se relacionam à responsabilidade do Estado, às pesquisas científicas e à criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei (YASUI, 2010, p.63).

Em 2002, em razão da III Conferência Nacional de Saúde Mental foi publicada uma nova Portaria n. 336/2001:

> Abandonou o termo NAPS, propondo um novo modelo de assistência, definindo os CAPS como "serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território"; criando três diferentes tipos: " CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por odem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional"; o CAPS passa a ser o articulador central das ações de saúde mental do munícipio ou do módulo

> assistencial, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (YASUI, 2010, p.65).

Se as portarias n. 189/1991 e n. 224/1992 incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais espalhadas pelo país, muitas com o nome de NAPS ou CAPS, que acabaram por se transformar em sinônimos de unidades assistenciais de vanguarda, a portaria n. 336/2002, em função da mudança no financiamento, está contribuindo para a ampliação do número de CAPS num ritmo muito mais veloz:

> Uma primeira e óbvia questão surge: implantar um serviço com a "marca" CAPS não significa automaticamente uma adesão, tanto dos trabalhadores quanto dos gestores, aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos, nem é a garantia de um serviço de qualidade e de substituição ao manicômios. Um crucial equívoco é o fato do CAPS ser considerado e implantado como mais um serviço de saúde mental. Isto é, uma unidade isolada em que se executam ações profissionais, ambulatorialmente. O CAPS, mais do que um serviço, é um estratégia de mudança do modelo de assistência que incluiu necessariamente a reorganização da rede assistencial, a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado implícitas nessa proposta. E, mais do que reorganização, essa estratégia relaciona-se intimamente com uma proposta política de organização e de assistência à saúde (YASUI, 2010,p.68).

Em muitos casos a lógica financeira prevalece sobre a proposta de mudança de modelo, por exemplo, quando gestores municipais implantam CAPS apenas motivados pela possibilidade de um acréscimo de recursos ao seu teto financeiro. No lugar de um processo de transformação assistencial, norteado por princípios éticos, temos a reprodução de modelos exploratórios em nome da pessoa em sofrimento psíquico. Minimanicômios de portas abertas e mentes fechadas. Apenas uma psiquiatria reformada (YASUI, 2010).

Em razão de todo esse processo de disputa no âmbito do discurso do poder institucional e saber psiquiátrico e da trajetória dos atores sociais e institucionais apresentados, faz- se importante observar a previsão constitucional do direito à saúde na Carta Magna de 1988, bem como a disposição do Poder Legislativo nesse processo de consolidação dos direitos e garantias da pessoa em sofrimento psíquico.

7. Direito social à saúde, inclusive mental

Sendo assim, a partir da análise e investigação dos modelos de constitucionalismo e da problemática do Poder Constituinte, J. J. Gomes Canotilho propõe a compreensão do *Estado Constitucional* como resultado do desenvolvimento constitucional no início do século

XXI; fórmulas políticas e jurídico-constitucionais como *Rule of law*, *État légal*, *Rechtsstaat* e Estado de direito *c*onformam a ideia de Estado Constitucional.

Nesse caminho, Canotilho busca, inicialmente, refletir sobre o *referente* da Constituição, uma vez que ela estrutura a organização político-jurídica do Estado. Notadamente, o art. 16º da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789, diz que "Toda sociedade que não assegura a garantia dos direitos nem a separação dos poderes não possui constituição". Nesse contexto, está claro que o termo Constituição não denota uma organização política qualquer, mas sim uma organização política liberal e garantista. "A Constituição é concebida aqui como limite ao poder político (GUASTINI, 2001, p.163)".

Como se vê não se fala em Estado, mas em sociedade. A sociedade tem uma constituição; a constituição é a constituição da sociedade (CANOTILHO, 2001). Ao observar o fenômeno de transmutação da constituição da República em constituição do Estado, Canotilho aponta três razões fundamentais para essa alternância de referente, a saber: (a) de caráter histórico-genérico, a evolução semântica do conceito, (b) de natureza político-ideológica, a progressiva estruturação do Estado Liberal cada vez mais assente na separação Estado-sociedade e (c) justificação filosófico-política hegeliana e juspublicística germânica como ordenadora do Estado. "O conceito de Estado Constitucional servirá para resolver este impasse: a constituição é uma lei proeminente que conforma o Estado (CANOTILHO, 2001, p.89)".

Em que pese existir diversos conceitos e justificações para a concepção de Estado Constitucional, Canotilho salienta que:

> O Estado Constitucional, para ser um estado com as qualidades identificadas pelo constitucionalismo moderno, deve sérum Estado de direito democrático. Eis aqui as duas grandes qualidades do Estado constitucional: Estado de direito e Estado democrático [...] O Estado constitucional democrático de direito procura estabelecer uma conexão interna entre a democracia e o Estado de direito (CANOTILHO, 2001, p.93).

José Afonso da Silva afirma que a primeira Constituição brasileira a inscrever um título sobre a ordem econômica e social foi a de 1934, sob a influência da Constituição alemã de Weimar (1919), o que continuou nas constituições posteriores. "A ordem social, como a ordem econômica, adquiriu dimensão jurídica a partir do momento em que as constituições passaram a discipliná-la sistematicamente, o que teve início com a Constituição mexicana de 1917 (SILVA, 2005, p.285)".

De fato, como salienta (BONAVIDES; PAES, 1991), em rigor, 1934 é fruto do movimento de 1930, das mudanças operadas pelo Governo Provisório e da Revolução Constitucionalista de 1932. Outro evento muito importante é o fato que as mulheres votaram pela primeira vez, o que tornou o Brasil um dos pioneiros do voto feminino em todo o mundo:

> Pela primeira vez na história constitucional brasileira, considerações sobre a ordem econômica e social estiveram presentes. Uma legislação trabalhista garantia a autonomia sindical, a jornada de oito horas, a previdência social e os dissídios coletivos. A família mereceria proteção especial, particularmente aquela de prole numerosa (BONAVIDES; PAES, 1991, p.318).

Sendo assim, de acordo com José Afonso da Silva (2005), os *direitos sociais*, com dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direita ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. Estão relacionados ao direito de igualdade.

Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade (SILVA, 2005, p.287).

Com o advento Reforma Psiquiátrica, e a mobilização pela garantia da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, sobretudo na década de 1990, por ocasião dos debates legislativos no Congresso Nacional e aprovação do texto da Lei n.10.216/01, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental ficam assegurados, sem qualquer forma discriminatória (art.1º).

Em decorrência do princípio da igualdade formal, com previsão no artigo 5º, CRFB/88, assim como em homenagem aos fundamentos da República Federativa (artigo 1º, incisos I e II, CRFB/88) assentados, dentre outros; respectivamente, na cidadania e na dignidade da pessoa humana, busca-se cumprir um dos objetivos republicanos fundamentais (artigo 3º, IV, CRFB/88): promover o bem de todos, sem preconceitos. De fato, em razão do mandamento constitucional do artigo 5º, § 1º, CRFB/88, as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais tem aplicabilidade imediata.

Já o artigo 2º da Lei da Reforma Psiquiátrica assegura o acesso à informação dos direitos previstos em seu parágrafo único, de modo que a pessoa e seus familiares ou responsáveis sejam formalmente cientificados, por ocasião dos atendimentos em saúde

mental, de qualquer natureza: acessibilidade, humanidade, respeito, proteção, sigilo nas informações prestadas, em respeito ao direito à intimidade, privacidade e honra da pessoa em transtorno mental (artigo 5º, X, CRFB/88), presença médica, acesso à informação sobre a doença e seu tratamento e ser tratada em ambiente terapêutico, pelos meios menos invasivos possíveis.

O artigo 3º prevê a responsabilização do Estado, pelo desenvolvimento da política em saúde mental, na assistência e promoção de ações de saúde em estabelecimento de saúde mental com participação, nesse processo, da sociedade e da família. Com previsão no artigo 4°, encontram-se as modalidades de internação, bem como sua finalidade que deve pautar-se pela reinserção social do paciente em seu convívio social[1]. Nesse sentido, o regime de internação deve promover, por intermédio da equipe multidisciplinar em saúde mental, uma assistência integral à pessoa com transtorno mental.

O artigo 6º traz as hipóteses de internação psiquiátrica (voluntária, involuntária e compulsória), bem como a necessidade comprobatória dos motivos acompanhados de laudo médico circunstanciado. No artigo 7º consta a previsão da internação voluntária que deve ser acompanhada de declaração assinada pela pessoa em transtorno mental, cujo o término se dá pela solicitação do paciente ou do médico[2].

8. Considerações finais

A Magna Carta de 1988 adotou a concepção de seguridade social por meio de princípios e objetivos, bem como sua forma de financiamento com previsão nos artigos 194 e 195, respectivamente; no Título VIII, Capítulo II, Da Seguridade Social. No que se refere ao

[1] Observa-se que fica proibida à internação em instituições com características asilares. A *contrario sensu*, o legislador ordinário definiu as instituições asilares: são aquelas que praticam condutas contrárias à previsão do artigo 4º, §2º e não garantem os direitos previstos no artigo 2º, parágrafo único. O artigo 5º trata da proteção do paciente hospitalizado a longo tempo em decorrência do seu quadro clínico ou ausência de suporte social com política especifica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

[2] O médico responsável pela autorização da internação voluntária ou involuntária deve ter o registro do Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado-membro da federação onde se localize o estabelecimento. No caso da internação involuntária, o responsável técnico pelo estabelecimento deverá comunicar o Ministério Público estadual no prazo de 72 horas, de igual modo a alta médica. O artigo 8º, § 2º trata da desinternação nos casos involuntários: solicitação escrita do familiar ou representante legal ou do médico. Em caso de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento a direção do estabelecimento, em 24 horas da data da ocorrência, comunicará aos seus familiares ou representante legal e autoridade sanitária competente (artigo 10). Em relação às pesquisas científicas para fins de diagnósticos ou terapêuticos, não serão realizadas sem o consentimento expresso do paciente ou representante legal e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais e ao Conselho Nacional de Saúde (artigo 11). O artigo 12 traz a criação da comissão nacional para acompanhar a implementação dessa lei.

direito à saúde, (SILVA, 2005) admira-se como um bem extraordinariamente relevante à vida humana, somente foi elevado à condição de direito fundamental do homem a partir da Constituição de 1988.

Em uma análise histórica, SILVA (2005) afirma que a temática da saúde não era de toda estranha ao Direito Constitucional pretérito, que dava competência à União para legislar sobre defesa e proteção da saúde. O direito à saúde previsto nos artigos 196 e 197 da Magna Carta submete-se ao conceito de seguridade social, cujas ações e meios se destinam, também, a assegurá-lo torna-lo eficaz (SILVA, 2005).

Por fim, segundo SILVA (2005), os direitos sociais relativos à seguridade entram na categoria dos direitos sociais do homem como consumidor. Entendido o sistema de seguridade social como meio de superar as deficiências da previdência social, ele constitui um instrumento mais eficiente da liberação das necessidades sociais, para garantir o bem-estar material, moral e espiritual de todos os indivíduos da população.

Nesse sentido, José Afonso da Silva (2005) entende que o não cumprimento das tarefas estatais para sua satisfação, dá cabimento à *ação de inconstitucionalidade por omissão* (arts.102, I, *a*, e 103, § 2º, CRFB/88) e, por outro lado, o seu não atendimento, *in concreto*, por falta de regulamentação, pode abrir pressupostos para a impetração do *mandado de injunção* (art.5º, LXXI,CRFB/88).

Conforme afirma AMARANTE (2007), há autores da psiquiatria que não admitem que a Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática italiana compeliram à psiquiatra tradicional asilar abandonar o conceito de doença mental, que não contribuía na compreensão dos sujeitos assim denominados. Nesse sentido, Paulo Amarante, de modo crítico, propõe a utilização da expressão pessoa em sofrimento psíquico:

> A legislação brasileira utiliza a expressão "os portadores de transtorno mental". Não nos dá a ideia de alguém carregando um fardo, um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito? Se formos levar ao limite a ideia de portador, poderíamos considerar que todos nós carregamos o fardo de nossa personalidade e caráter. (AMARANTE, 2007, p.68)

Ao discutir o conceito de Estado Social, Paulo Bonavides (2007), afirma que ele representa uma transformação superestrutural porque passou o Estado Liberal. "Mas algo, no Ocidente, o distingue desde as bases, o Estado proletariado, que o socialismo marxista intenta implantar: é que ele conserva sua adesão à ordem capitalista, princípio cardeal a que não renuncia (2007, p.184)". Eis o infortúnio das reformas jurídicas no *Welfare State* brasileiro.

9. Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Lei n.10.216/01, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 19 mai16.

BRASIL, 1904. Decreto n. 5125, de 1 de fevereiro de 1904. **Dá novo regulamento à Assistência a Alienados.** *Coleção de Leis do Brasil: Actos do Poder Executivo, 1903.* v.1, p. 60-94.

BRASIL, 1934. Decreto n. 24559, de 3 de julho de 1934. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.** *Coleção de Leis do Brasil, 1934*, v.4, p.351.

BONAVIDES, Paulo. **Do Estado Liberal ao Estado Social**. 8ª Edição. São Paulo: Malheiros Editores, 2007.

BONAVIDES, Paulo; ANDRADE, Paes de. **História Constitucional do Brasil.** 3ª Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

CANOTILHO, J.J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 4ª Edição. Coimbra: Almedina, 2011.

GUASTINI, Riccardo. **Sobre el concepto de constituição.** *In* Estudios de teoría constitucional. Tradução: Miguel Carbonell – México: UNAM, 2001.

LOUGON, Mauricio. **Psiquiatria Institucional**: do hospício à reforma psiquiátrica. 20ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006

LUZ, Nadia. **Ruptura na História da Psiquiatria no Brasil:** Espiritismo e Saúde Mental. Editora UNIFRAN. São Paulo, 2006.

SILVA, José Afonso da Silva. **Curso de Direito Constitucional Positivo.** 25ª Edição. São Paulo: Malheiros Editores, 2005.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 22ª Edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.