

## O DIREITO DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS

**CÍNTIAMENEZESBRUNETTA**

Bacharela em Direito pela Universidade Federal do Ceará

Servidora do Ministério Público da União - Procuradoria da República no Estado do Ceará

**Sumário:** 1. Introdução; 2. O Direito fundamental à saúde; 3. Saúde mental e reforma psiquiátrica; 4. A tutela jurídica das pessoas portadoras de transtornos mentais; 5. Conclusões; 7. Referências bibliográficas.

### 1. - INTRODUÇÃO

O estudo dos direitos fundamentais é certamente um dos mais importantes desafios para o jurista na atualidade. É que, não obstante o amplo rol dos direitos e garantias instituído pela Constituição Federal de 1988, na prática se observa, infelizmente, que muitos destes dispositivos ainda clamam para sair do papel.

O direito fundamental à saúde insere-se nesse contexto, em que o plano normativo nem sempre coincide com o plano da vida, razão por que se revela urgente um profundo estudo sobre o tema, visando, em última instância, ao resgate de sua efetividade. Trata-se de tema intrinsecamente ligado ao direito constitucional, mas que se projeta sobre os diversos ramos da ciência jurídica e de outras ciências, exigindo uma investigação interdisciplinar.

Nessa específica oportunidade, cumpre investigar, à luz do direito fundamental à saúde, o marco jurídico da proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais.

### 2. - O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

No direito constitucional brasileiro, notadamente a partir da Constituição Federal de 1988, pode afirmar-se, sem medo, que a saúde é um direito fundamental.

Com efeito, além de encontrar-se expressamente incluída no rol de direitos sociais (art. 6º), a saúde é definida como “*direito de todos e dever do Estado*”, a ser garantido mediante a adoção de políticas públicas voltadas para a redução do risco de doença e de outros agravos e para o acesso universal

e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196).

Neste contexto, é assente na doutrina que o direito à saúde, tal como assegurado na Constituição Federal, configura direito fundamental de segunda dimensão, compreendendo-se nesta os direitos sociais, culturais e econômicos, caracterizados por exigirem prestações positivas do Estado, ou seja, este deve agir *operativamente* para a consecução dos fins perfilhados na *Carta Magna*.

A principal consequência do enquadramento de uma norma na categoria dos direitos fundamentais é o reconhecimento de sua supremacia hierárquica – não apenas do ponto de vista formal, mas também sob a ótica axiológica – e, conseqüentemente, de sua força normativa diferenciada. A fundamentalidade de que se revestem tais princípios não pode passar despercebida pelo intérprete, a quem cabe, através da hermenêutica especificamente constitucional, extrair-lhes o significado que proporcione maior possibilidade de gerar efeitos práticos.

Com efeito, a fim de garantir a eficácia social da norma, urge compreender a saúde em uma acepção ampla, que envolva o completo bem estar físico, mental e espiritual do ser humano. Tal concepção, aliás, mostra-se em sintonia com aquela defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo a qual “*A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.*”

Na mesma trilha, o art. 3º da Lei n. 8.080/90 identifica como fatores determinantes e condicionantes da saúde, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Complementando, o parágrafo único do referido dispositivo dispõe que “*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*”.

Como se vê, o elemento *mental* passa a ser compreendido um dos componentes do atual conceito de saúde.

Estudiosos de diferentes culturas dão definições diversas à saúde mental. Os conceitos a ela referentes abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível encontrar uma definição completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais.

### 3.- SAÚDE MENTAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA

#### 1) - Breve histórico das políticas de saúde mental

A história da relação do ser humano com a loucura é, desde o início da civilização, a história da tolerância para com a diferença entre as pessoas (COSTA, 2001).

Assim, ao longo dos séculos, os portadores de distúrbios mentais foram tratados de diferentes maneiras. Foi-lhes atribuído, por exemplo, nas sociedades ditas mais primitivas, um *status* elevado, de emissários da divindade, portadores de poderes sobrenaturais, e intermediários junto aos deuses e aos mortos. E desta forma foi difundida a crença de que seriam arautos do que está por vir e do que realmente é, como verdadeiros oráculos.

Por outro lado, na Idade Média, mais especificamente na Europa medieval, eles eram surrados e queimados na fogueira. Eram trancados em grandes instituições. Eram explorados como objetos científicos.

Nessa época, o poder da Igreja Católica, notadamente do Tribunal da Inquisição, atingiu sobremaneira as classes menos favorecidas. Assim, jovens, adultos e idosos, pessoas com limitações físicas, perturbados ou somente contestadores e diferentes, sem condições de participação numa atividade minimamente produtiva e regular, constituíram-se no substrato ideal para o estabelecimento dos três grandes parâmetros de preconceito e exclusão por onde é vista a loucura até os nossos dias: o louco dito incapaz, o louco dito irresponsável e o louco dito violento (COSTA, 2001).

Somente com o Iluminismo, no século XVIII, e, conseqüentemente, com a efetiva evolução do pensamento humano consubstanciada no racionalismo e, portanto, na liberdade de crença religiosa e expressão, é que houve uma preocupação, verdadeiramente científica, com a loucura humana.

Nesse contexto, Pinel ([179-], apud COSTA, 2001) passou a discriminar os casos de loucura eminentemente sociais dos casos que julgava anomalias. Tratou de observar e descrever os tipos humanos que se lhe apresentavam, estabelecendo assim uma sistematização de fácil e simples manejo onde figurava a seguinte classificação: melancolias; manias sem delírio; manias com delírio e demências.

A escola *pineliana* representou o marco inaugural do surgimento da Medicina Mental ou Psiquiatria, que transformou a diferença humana em patologia. O demônio criado pela “Contra-Reforma” finalmente saiu do corpo do homem e a loucura tornou-se algo entendido como uma “doença” e assim passível de obter “tratamento e cura”. Partindo dessas referências, o estudioso criou o Tratamento Moral, primeiro método terapêutico para a loucura na

modernidade, baseado em confinamentos, sangrias e purgativos e, finalmente, consagrou o hospital psiquiátrico, hospício ou manicômio como o lugar social dos loucos (COSTA, 2001).

Entretanto, na metade do século XX, as falhas dos manicômios passaram a ser evidenciadas por repetidos casos de maus-tratos aos pacientes, má administração, má aplicação de recursos, falta de pessoal e procedimentos.

Partindo dessas observações e das contribuições provenientes de outros referenciais teóricos que não a Biologia, mas especialmente o Marxismo e a Psicanálise, buscou-se alterar tal realidade mediante o desenvolvimento de outros modelos que tentaram promover um maior grau de interação e democracia nas relações entre os profissionais e internados no interior da instituição psiquiátrica.

Dentre as propostas lançadas à época, destaca-se a Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia (1969, apud COSTA, 2001) que, efetivamente, configurou uma ruptura com o já ultrapassado hospital psiquiátrico. Basaglia, nos hospícios das cidades de Gorizia e depois Trieste, no norte da Itália, conseguiu superar o modelo “carcerário” herdado dos séculos anteriores e substituí-lo por uma rede diversificada de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental de Base Territorial e Comunitária. Finalmente, o futuro tornou-se presente e o hospício *pineliano* passou a ser uma página virada da História (COSTA, 2001).

### 3.1 - Políticas de saúde mental no Brasil

Data da segunda metade do século XIX, o início da assistência psiquiátrica pública em nosso país. Antes disso, a assistência era exercida de forma leiga mediante instituições de caráter asilar pertencentes à Igreja Católica onde, piedosamente, freiras tentavam prestar assistência aos internados desvalidos.

A sociedade da época via no louco uma ameaça à segurança pública e a maneira de lidar com eles era o recolhimento aos asilos. Essa atitude dirigida aos portadores de distúrbios comportamentais, autorizada e legitimada pelo Estado, tinha o objetivo de, mediante a reclusão, oferecer proteção à sociedade em relação aos loucos e não de acolhê-los, protegê-los e muito menos tratá-los (COSTA, 2001).

A chegada da Psiquiatria com uma “nova ordem” na administração do espaço asilar, dando-lhe uma conotação “científica”, tem como marco histórico referencial para o início da assistência psiquiátrica pública brasileira a criação do Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. De forma gradativa, este modelo assistencial se desenvolveu e se ampliou em todo o território nacional, consolidando e reproduzindo no solo

brasileiro o hospital europeu como o espaço socialmente aceitável e possível para a loucura (COSTA, 2001).

Com as mudanças efetivadas na sociedade brasileira a partir do golpe militar de 1964, a assistência à saúde foi caracterizada por uma política de privatização maciça. Esse campo favoreceu a implementação das chamadas “Clínicas de Repouso”, eufemismo dado aos hospitais psiquiátricos de então, acrescido de métodos de busca e internamento aleatórios como, por exemplo, o realizado por ambulâncias que, durante os anos 1960-70, percorriam as cidades, principalmente depois de jogos de futebol, identificando indivíduos que atendessem a dois requisitos básicos: não portassem a “carteira do INPS” (que indicava que estavam trabalhando e, portanto, eram pessoas produtivas para a sociedade da época), e estivessem dormindo embriagados na via pública, os quais seriam levados e internados com o diagnóstico de “Psicose alcoólica” (COSTA, 2001).

Nos anos seguintes, o incremento do número de hospitais psiquiátricos e leitos contratados não estagnou. Nesse período, de acordo com dados coletados por Costa (2001), chegamos em 1971 a 72 públicos e 269 privados com 80.000 leitos; em 1981, 73 públicos e 357 privados, chegando a 100.000 leitos ao longo desta década, começando a diminuir o ritmo somente a partir da redemocratização do país e início do processo de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, refluindo em 1991 para 54 públicos e 259 privados e 88.000 leitos, chegando em 1999 a 50 públicos e 210 privados e 68.000 leitos e em julho de 2001 a 66.000 leitos.

### **3.2 - A reforma psiquiátrica**

Nas últimas décadas, vários países do mundo, inclusive o Brasil, vêm passando por mudanças em seus sistemas de saúde mental marcadas por um processo de desinstitucionalização motivado pela acumulação de indícios das deficiências do hospital psiquiátrico, combinada com o aparecimento do “institucionalismo” (manifestação de incapacidades em consequência do isolamento e da atenção institucional em asilos distantes).

Tal processo tem por característica uma redução de parâmetros fixados internacionalmente, tais como número de hospitais psiquiátricos, leitos, número de internações hospitalares psiquiátricas e tempo médio de permanência nos hospitais; e por um aumento na disponibilidade de serviços alternativos extra-hospitalares, que oferecem à população uma medicina psiquiátrica mais sofisticada.

No Brasil, onde as mudanças só se tornaram perceptíveis nos anos 1990, a legislação referente ao sistema de saúde mental, até 2001, datava de 1934.

Finalmente, no dia 6 de abril de 2001, o Presidente Fernando Henrique Cardoso, sancionou a nova lei, de nº. 10.216/91 que assegura os direitos dos pacientes psiquiátricos e pretende dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, estabelecendo que: 1) o governo é responsável por prover uma política de saúde mental e assistência psiquiátrica aos pacientes psiquiátricos juntamente com a participação da família, 2) as internações psiquiátricas só serão consideradas quando os recursos extra-hospitalares não estiverem disponíveis ou forem insuficientes, 3) o tratamento será assistido por uma equipe multidisciplinar com o objetivo permanente de reinserir os pacientes psiquiátricos na sociedade, 4) torna-se proibido admitir pacientes psiquiátricos em instituições como asilos e outros estabelecimentos que não tenham recursos requisitados para funcionar. Além disso, apresenta uma descrição dos três tipos de internações existentes (voluntária, involuntária e compulsória) e provê informações sobre a realização de pesquisas científicas envolvendo pacientes portadores de distúrbios mentais.

Vê-se, pois, que o processo conhecido como Reforma Psiquiátrica, da forma como ora concebido no Brasil, acompanhando os parâmetros mundiais, vai muito além de uma reformulação das práticas de assistência, mas perpassa por uma completa reformulação de conceitos, consubstanciando-se em um processo muito mais complexo, que exige, além de mudanças nos serviços de saúde propriamente ditos, modificações tanto na esfera política, econômica, administrativa como social.

Na verdade, a nova lei veio a atender uma exigência crescente tanto no âmbito interno quanto internacional, que passaram a impor novos referenciais para o tratamento psiquiátrico.

Com efeito, a crescente luta em prol dos direitos humanos, favorecendo sua internacionalização e uma revisão do conceito de soberania, passou a conceber o “louco” também como sujeito de direito, tornando inevitável a busca de um novo entendimento e manejo dos comportamentos paradoxais, prevendo, inclusive, a cooperação internacional na pesquisa e tratamento psiquiátricos.

Nesta trilha, a reforma psiquiátrica não significa apenas a criação de um modelo assistencial extra-hospitalar substitutivo do modelo atual, mas, também, o próprio redimensionamento do que seria a reinserção psicossocial do indivíduo doente e a inserção da comunidade no sistema de assistência à saúde mental.

Realmente, o principal escopo desse rol de disposições, tanto internas como internacionais, consiste em estabelecer um novo referencial para os distúrbios mentais, mediante um conjunto de iniciativas de suporte social e clínico, na formação de profissionais e reformulação do tratamento

jurídico dado à matéria.

De fato, fechar hospitais mentais sem alternativas comunitárias é tão perigoso como criar alternativas sem fechar hospitais psiquiátricos. É preciso que as duas coisas ocorram ao mesmo tempo, de uma forma coordenada e paulatina.

#### **4. - A TUTELA JURÍDICA DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS**

##### **4.1 - As fontes da tutela jurídica das pessoas portadoras de transtornos mentais**

Considerando que o direito à saúde é um direito fundamental, a principal fonte da qual se extraem os parâmetros jurídicos de proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais é a Constituição Federal de 1998. Com efeito, é nela que se encontram positivados os princípios fundamentais de proteção do ser humano, com especial cautela destinada aos portadores de deficiência (art. 7º, inc. XXXI, art. 23, inc. II, art. 24, inc. XIV, art. 37, inc. VIII, art. 203, inc. IV e V, art. 208, III, art. 227, § 1º, inc. II, e § 2º).

No plano infraconstitucional, o mais relevante instrumento normativo é a Lei nº. 10.216, de 06.04.2001, que, segundo seu preâmbulo, “*dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*”.

Sobre o assunto, cumpre ainda mencionar o conjunto de leis que tutelam os interesses das pessoas portadoras de deficiência em geral. Nesse contexto, destaca-se a Lei nº. 7.853/1989, regulamentada pelo Decreto nº. 3.298, de 20.12.99. Dentre outros diplomas normativos, merecem referências também:

- a) a Lei nº. 7.713, de 22.12.1988, que confere isenção de imposto de renda sobre os proventos de aposentadoria ou reforma percebidos por pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como sobre os valores recebidos a título de pensão;
- b) a Lei nº. 8.213, de 24.07.1991, especialmente no que trata da habilitação e reabilitação profissional e social da pessoa portadora de deficiência;
- c) a Lei nº. 8.742, de 07.12.1993, que regulamenta o benefício assistencial de prestação continuada;
- d) a Lei nº. 8.899, de 29.06.1994, que concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual;
- e) Lei nº. 9.394, de 20.12.1996, que define as diretrizes e bases da educação, especialmente no que trata da educação

especial;

- f) Lei nº. 10.708, de 31.07.2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

Por outro lado, observa-se que a preocupação em oferecer um sistema eficiente de tutela jurídica dos portadores de deficiência não se mantém restrita aos limites da legislação doméstica. Realmente, salientam-se os instrumentos internacionais que estabelecem os princípios de proteção da pessoa portadora de transtornos mentais, inserindo-se assim dentro do chamado direito internacional dos direitos humanos. Nessa esfera, destacam-se:

- a) a Declaração de Direitos do Deficiente Mental, proclamada pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 20 de dezembro de 1971;
- b) os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, documento da Assembléia Geral das Nações Unidas de 17 de dezembro de 1991; e
- c) a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, assinada pelo Brasil em 1999, aprovada pelo Decreto Legislativo nº. 198, de 13.06.2001 e promulgada pelo Decreto nº. 3.956, de 08.10.2001.

Em seguida, a partir das fontes normativas acima citadas, cumpre proceder a uma sistematização dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

#### **4.2 - Definição de pessoa portadora de transtornos mentais para fins de proteção jurídica**

De início, urge buscar uma definição do que seja pessoa portadora de transtornos mentais, para fins de enquadramento no sistema de proteção jurídica.

Tal matéria é objeto de específica regulação pelos Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, que estabelecem que a determinação de um transtorno mental deverá ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente, não podendo ter como base o status econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.

Ademais, segundo os Princípios, nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não-conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevaletentes na comunidade da pessoa. Da mesma forma, uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de um transtorno mental. Por fim, resta expresso que nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou indicará de outro modo, que uma pessoa apresenta um transtorno mental, fora dos propósitos diretamente relacionados ao problema de saúde mental ou suas conseqüências.

Na ordem jurídica brasileira, o Decreto nº. 3.298/1999, em seu art. 4º, inc. IV, ousou definir deficiência mental da seguinte forma:

**Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:**

(...)

**IV - deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:**

- a) comunicação;**
- b) cuidado pessoal;**
- c) habilidades sociais;**
- d) utilização da comunidade;**
- e) saúde e segurança;**
- f) habilidades acadêmicas;**
- g) lazer; e**
- h) trabalho.**

Cumpra observar que a definição acima explicitada se manifesta incongruente com a Constituição Federal e com os Princípios, na medida em que excluem da tutela legal, sem devido respaldo científico, as pessoas que manifestaram sintomas de transtornos mentais após os dezoito anos de idade.

É que a tentativa de se precisar, por meio de leis ou decretos, o conceito de transtorno mental não pode contrariar os critérios de diagnóstico padronizados internacionalmente. Tais padrões internacionais, reconhecidos pela comunidade científica, é que são os parâmetros a serem observados para fins de identificação de um transtorno mental.

Nesse contexto, a “Classificação de transtornos mentais e de comportamento CID-10: descrições clínicas e normas de diagnóstico”, editada pela Organização Mundial da Saúde, contém uma lista completa de todos os transtornos mentais comportamentais. Esse material, que é aplicável em diferentes culturas, foi desenvolvido a partir do Capítulo V da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), que cuida exclusivamente dos transtornos mentais e comportamentais, com base numa revisão internacional da bibliografia científica, consultas e consenso mundiais. Além de dar os nomes de doenças e distúrbios, como os demais capítulos, ele inclui também descrições clínicas e diretrizes para diagnóstico, bem como critérios de diagnóstico para pesquisa. (Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2001, p. 20).

Com efeito, nas últimas décadas, registraram-se avanços na padronização da avaliação clínica e no aumento da confiabilidade dos diagnósticos, graças a esquemas estruturados de entrevistas, definições uniformes de sinais e sintomas e critérios padronizados de diagnóstico. Assim, é correto afirmar que atualmente é possível diagnosticar transtornos mentais de forma tão confiável e precisa como a maioria dos transtornos físicos comuns. (Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2001, p. 19).

Além dos parâmetros definidos pela comunidade científica internacional, deve o operador do Direito, atento ao aspecto finalístico das normas de proteção às pessoas portadoras de transtornos mentais, observar sempre os obstáculos à integração social que a doença inflige à pessoa, para assim decidir acerca da aplicação ou não do sistema jurídico especial.

#### **4.3 - O direito à dignidade e à cidadania**

O fato de uma pessoa ser portadora de um transtorno mental não lhe retira a condição de cidadã. Apesar de parecer uma constatação óbvia, só recentemente é que o sistema jurídico reconheceu, de maneira expressa, que o portador de transtornos mentais é titular dos mesmos direitos fundamentais assegurados a generalidade dos cidadãos, seja na Constituição e leis internas, seja nos tratados e convenções internacionais.<sup>1</sup>

#### **4.4 - O direito à igualdade e à não discriminação**

A *Declaração de Direitos do Deficiente Mental* estabelece, logo em seu artigo pórdico, que o deficiente mental deve gozar, na medida do possível, dos mesmos direitos que todos os outros seres humanos.

A igualdade material, celebrada em tal dispositivo, pode ser representada, *in casu*, através da máxima segundo a qual se deve tratar

desigualmente os desiguais, na proporção de sua desigualdade.

Neste sentido, o constitucionalista germânico Alexy (apud PORTINHO, 2003) elaborou excelente proposição ao relacionar o princípio da igualdade com a proibição da arbitrariedade no tratamento de igualdade ou desigualdade. Para tanto, propôs a presença significativa do mandato de tratamento igual e do mandato de tratamento desigual, conforme a seguir: a) se não existe razão que permita um tratamento desigual, está formalizado o tratamento igual; b) se existe razão que permita um tratamento desigual, está disposto o tratamento desigual.

No caso dos portadores de distúrbios psiquiátricos, torna-se clara a necessidade de se estabelecer não só a igualdade de direitos, mas, algumas vezes, sua própria desigualdade, seguindo a lógica de Alexy.

De fato, o deficiente mental, por sua condição peculiar e suas limitações específicas, demanda um tratamento diferenciado que lhe assegure as mesmas possibilidades profissionais e sociais do indivíduo de comportamento padrão. Não se trata no caso de se determinar excesso de direitos (se é que isso é possível) ou privilégios injustificados. Trata-se, sim, de se identificar deficiências e procurar equilibrá-las com a finalidade de se possibilitar uma igualdade, mesmo que virtual, de condições.

#### **4.5 - O direito ao tratamento de saúde adequado e de qualidade**

Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.

No caso dos pacientes portadores de distúrbios psiquiátricos, o direito de ser tratado e cuidado tanto e da melhor forma possível correntemente engloba o direito de não ser excluído durante o tratamento da comunidade e da vida social e receber o tratamento adequado à sua condição cultural e apropriado às necessidades de sua saúde.

De acordo com a legislação nacional (notadamente Leis n.ºs. 10.216/2001 e 8.213/91) e internacional, o tratamento de cada paciente deve estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal e de incentivar e facilitar sua integração/reabilitação social. Da mesma forma, a medicação ministrada deverá atender da melhor maneira possível às necessidades de saúde do paciente, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca como punição ou para a conveniência de outros, de forma a excluir o doente do convívio social.

#### **4.6 - Direito à informação sobre o tratamento e seus direitos**

O direito à informação sobre os direitos do portador de distúrbios mentais é assegurado não apenas de uma forma ampla na Constituição

Federal (artigo 5º), mas, mais especificamente, na Lei 10.216/2001 e nos tratados internacionais promulgados sobre o assunto.

De fato, segundo a legislação internacional, o usuário em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível, após sua admissão, de todos os seus direitos, na forma e linguagem que possa compreender.

Tal disposição é extremamente importante, mormente quando se analisa que sua previsão deixa nítida a intenção de não transformar a obrigação de informar em uma mera formalidade legal, despida da necessidade de uma eficácia real. O direito de obter informações deve ser, para o paciente psiquiátrico, garantido segundo sua condição e adequado à sua forma de comunicação, que, às vezes, pode se tornar extremamente específica.

Outrossim, estabelece o item 2 dos *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental* que, caso o usuário esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e à pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-lo.

#### **4.7 - Direito à proteção tutelar**

Dispõe a *Declaração de Direitos do Deficiente Mental*, em seu artigo 5º, que o portador de distúrbios psiquiátricos deve poder se beneficiar de uma proteção tutelar especializada quando a proteção da sua pessoa e bens o exigir.

A legislação brasileira segue este mesmo direcionamento no momento em que assegura, por exemplo, a nomeação de defensor dativo no processo penal quando da verificação, no curso da ação, que o réu sofre de distúrbios (insanidade) mental. Na verdade, esse cuidado é, inclusive, anterior à própria realização do exame médico-pericial que detectaria de forma categórica a deficiência. O defensor pode, desta forma, formular quesitos e indicar assistente para o exame.

O direito à proteção tutelar traduz-se, assim, na necessidade de se tomar medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa portadora do distúrbio mental, adequadas às suas condições e conforme suas necessidades.

#### **4.8 - O direito ao sigilo**

O artigo 2º, parágrafo único, inc. IV, da Lei nº. 10.216/2001, dispõe que é direito do portador de distúrbios mentais ter garantia de sigilo nas

informações prestadas, assegurando, assim, a confidencialidade das informações que lhes concernem.

O direito ao sigilo se confunde, para o portador de distúrbios psiquiátricos, com a própria garantia de não discriminação. De fato, como foi dito, na produção das imagens do deficiente mental, ele sempre foi visto pelo ângulo da piedade ou do medo; da intolerância ou da opressão; da vítima ou do criminoso; sempre em dualidade aparentemente dissociada, mas que apresenta duas faces de uma mesma moeda: a da representação do destrutivo, do negativo ou do mal.

Assim, ser deficiente, na maioria das vezes, passa a ser não apenas portar uma doença, mas ser diferente, ser anormal e ser excluído.

Realmente, toda classificação existente de transtornos mentais classifica síndromes e condições, mas não pessoas. Assim, uma informação errada, fora do contexto, pode ensejar o uso de uma etiqueta diagnóstica arbitrária para descrever o indivíduo, quando, na verdade, este nunca deve ser igualado a um distúrbio, seja físico ou mental.

#### **4.9 - O direito de não ser involuntariamente submetido a pesquisas científicas**

Segundo o artigo 11 da Lei 10.216/2001, pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Nesta mesma linha, os *Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental*, dispõe que ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer usuário sem o seu consentimento informado.

O direito de não ser involuntariamente submetido a pesquisas científicas se confunde, como a maioria dos direitos fundamentais inerentes ao portador de deficiência, como o direito de não se transformar em objeto anômalo e indiferente excluído da sociedade.

Por outro lado, a impossibilidade de diagnóstico involuntário resguarda o paciente da discriminação arbitrária e irresponsável, na qual um exame é igualado ao indivíduo, que se transforma em dado estatístico objetivo e mudo.

#### **4.10 - Da excepcionalidade da internação psiquiátrica**

Como foi dito anteriormente, nas últimas décadas, vários países do mundo vêm passando por mudanças em seus sistemas de saúde mental

marcadas por um processo de desinstitucionalização motivado pela acumulação de indícios das deficiências do hospital psiquiátrico, combinada com o aparecimento do “institucionalismo” (manifestação de incapacidades em consequência do isolamento e da atenção institucional em asilos distantes).

Tal processo tem por característica uma diminuição de diversos parâmetros fixados internacionalmente, tais como número de hospitais psiquiátricos e número de internações hospitalares psiquiátricas; e por um aumento na disponibilidade de serviços extra-hospitalares, que oferecem à população uma medicina psiquiátrica mais sofisticada e menos repressora.

Como bem aponta Fonseca (2003), na medida em que o trabalho terapêutico é capaz de se aproximar mais e mais da singularidade de cada paciente, também se aproxima, necessariamente, do contexto de vida em que cada qual se encontra inserido.

Neste contexto surgiram, pois, os chamados hospitais-dia, os centros de convivência, as cooperativas de trabalho, de atendimento noturno, os serviços residenciais terapêuticos, o acompanhamento terapêutico, os NAPS e os CAPS (respectivamente, núcleos e centros de atendimento psiquiátrico).

#### **4.11 - O direito ao atendimento educacional especializado gratuito**

Percorrendo os períodos da história universal, desde os mais remotos tempos, evidenciam-se teorias e práticas sociais segregadoras, inclusive quanto ao acesso ao saber. Poucos podiam participar dos espaços sociais nos quais se transmitiam e se criavam conhecimentos. A pedagogia da exclusão tem origens remotas, condizentes com o modo como estão sendo construídas as condições de existência da humanidade em determinado momento histórico.

Os indivíduos com deficiências, vistos como “doentes” e incapazes, sempre estiveram em situação de maior desvantagem, ocupando, no imaginário coletivo, a posição de alvos da repugnância, caridade popular ou assistência social, e não de sujeitos de direitos, entre os quais se inclui o direito à educação (PARECER N.º: 17/2001 - COLEGIADO: CEB).

Ainda hoje, constata-se a dificuldade de aceitação do diferente, principalmente do portador de deficiências graves que na escolarização apresenta dificuldades marcantes de aprendizagem.

De fato, até recentemente, a teoria e a prática correntes relativas ao atendimento às necessidades educacionais especiais dos pacientes psiquiátricos, definiam a organização de escolas e de classes especiais, separando essa população dos demais alunos e, algumas vezes, da família e da sociedade. Esse procedimento conduzia, invariavelmente, a um aprofundamento maior da discriminação. Essa tendência, na verdade, vinha apenas a reforçar

não só a segregação de indivíduos, mas também os preconceitos sobre as pessoas que fugiam do padrão de “normalidade”, agravando-se pela irresponsabilidade dos sistemas de ensino para com essa parcela da população (PARECER N.º: 17/2001 - COLEGIADO: CEB).

Verificou-se, assim, a necessidade de se reestruturar os sistemas de ensino, que devem organizar-se para dar respostas às necessidades educacionais de todos os alunos.

Neste contexto, a Constituição Federal de 1988 dispõe, no seu artigo 208, inciso III, entre as atribuições do Estado, o “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”.

A seu turno, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei n.º. 9.394, de 20.12.1996) trata, especificamente, no Capítulo V, da Educação Especial. Define-a, assim, por modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para pessoas com necessidades educacionais especiais, perpassando transversalmente todos os níveis de ensino, desde a educação infantil ao ensino superior.

Por sua vez, a *educação especial* se encontra definida ainda na LDB, em seu capítulo V, como a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais, para os quais serão assegurados (art. 60):

**I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades;**

**II - terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os superdotados;**

**III - professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns;**

**IV - educação especial para o trabalho, visando a sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos**

**oficiais afins, bem como para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora;**  
**V - acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular.**

O direito ao atendimento educacional especializado é reflexo do primeiro dos direitos do portador de distúrbios psiquiátricos, o direito à igualdade de tratamento, máxima segundo a qual se deve tratar desigualmente os desiguais, na proporção de sua desigualdade.

#### **4.12 - Direito à habilitação e à reabilitação profissional**

A Declaração de Direitos do Deficiente Mental dispõe, logo em seu artigo 2º, que o deficiente mental tem direito aos cuidados médicos e aos tratamentos físicos apropriados, assim como à instrução, à formação, à readaptação e aos conselhos que o ajudem a desenvolver ao máximo as suas capacidades e aptidões.

Tais exigências, mormente quando analisadas em conjunto com toda a normativa internacional, têm clara finalidade de promover a real e efetiva reabilitação do portador de distúrbios psiquiátricos.

O direito à profissionalização assume, aqui, papel imprescindível de socialização do portador de deficiência, eis que suas limitações para o trabalho se constituem em barreiras tão somente instrumentais, mesmo que seja ele portador de deficiência física ou mental. (FONSECA, 2001).

Também no plano interno, o legislador não foi omisso quanto à importância da habilitação e da reabilitação profissional das pessoas portadoras de deficiência, proporcionando meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para o deficiente participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive.

Neste sentido, é a Lei 8.213/91, que reserva uma subseção (II) ao tema e dispõe que a reabilitação profissional dos indivíduos deficientes é prestação de caráter obrigatório aos segurados da Previdência Social e, na medida do possível, aos seus dependentes (artigo 90). Assegura, ainda, a concessão no caso de habilitação e reabilitação profissional, de auxílio para tratamento ou exame fora do domicílio do beneficiário e, concluído o processo de habilitação ou reabilitação social e profissional, a emissão de certificado individual, indicando as atividades que poderão ser exercidas pelo beneficiário (artigo 91).

Dispõe ainda, em seu artigo 2º, inciso III, alínea *d*, que cabe ao

Poder Público e a seus órgãos assegurar às pessoas portadoras de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive do direito ao trabalho, podendo ser dispensado tratamento adequado tendente a viabilizar a adoção de legislação específica, disciplinando a reserva de mercado de trabalho em favor dessas pessoas, nas entidades da Administração Pública e do setor privado, e regulamentando a organização de oficinas e congêneres integradas ao mercado de trabalho, e a situação, nelas, dos deficientes.

#### 4.13 - O direito do portador de transtornos mentais infrator

Tanto no plano interno quanto internacional, a legislação é uniforme: pessoas diagnosticadas como “loucos” por meio de laudo psiquiátrico e que cometem crimes ou infrações não podem ser condenados à pena de prisão ou reclusão. Devem receber suposto benefício de serem encaminhados para internação em hospitais de custódia e tratamento, nome pomposo para os antigos manicômios judiciários.

Surgem, desta forma, as chamadas medidas de segurança, as quais foram criadas fundadas não na culpabilidade, mas na periculosidade do indivíduo, considerada esta como um estado subjetivo, mais ou menos duradouro, de antissociabilidade, que se evidencia ou resulta da prática do crime e se funda no perigo de reincidência.

Assim, tendo em vista que a periculosidade é definida como a probabilidade de o sujeito vir ou voltar a praticar crimes, e que esta, por sua vez, não é um conceito médico e sim um conceito jurídico, é inevitável a conclusão de que a representação da violência e do perigo na construção do imaginário social da loucura é atribuída *ab initio* (COSTA, 2001).

Dessa maneira, o (pré-)conceito da periculosidade presumida, justifica, entre outras coisas, a criação e a manutenção do instituto da internação psiquiátrica como forma de “proteger” a sociedade daquele que é perigoso *a priori* (COSTA, 2001).

A normativa internacional é contundente ao disciplinar as regras de proteção dos portadores de distúrbios psiquiátricos. Urge reconhecer o próprio parágrafo 7 da Declaração de Direitos do Deficiente Mental, que resume os ditames que devem reger todo e qualquer tipo de tratamento psiquiátrico, como diretamente aplicável aos pacientes “penalizados”:

**Se, em virtude da gravidade da sua deficiência, certos deficientes mentais não puderem gozar livremente os seus direitos, ou se impuser uma limitação ou até a supressão desses mesmos direitos, o processo legal utilizado para essa**

**limitação ou supressão deverá preservá-los legalmente contra toda e qualquer forma de abuso. Esse processo deverá basear-se numa avaliação das suas capacidades sociais feita por peritos qualificados, Essa limitação ou supressão de direitos deverá compreender o direito de recurso a instâncias superiores.**

Contudo, no lugar de respeitar a lei e as diretrizes internacionais, comete-se no Brasil o caminho mais fácil da arbitrariedade. Na prática, o tratamento se converte em abandono da pessoa à sua própria sorte. Assim como nas penitenciárias onde há superlotação, fuga em massa e violência, nos manicômios judiciários impera o abandono dos “loucos”, a exclusão social e o desrespeito à cidadania.

O fato é que a medida de segurança muitas vezes pode se transformar em prisão perpétua e se converter em instrumento de massacre e expurgo social. A partir dessa observação, torna-se fácil concluir ser necessária uma revisão urgente dos parâmetros e instrumentos de tratamento e avaliação, com a finalidade de se inverter uma situação de injustiça e desequilíbrio.

Tal conclusão, inclusive, já foi exposta no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, de 11 a 15 de dezembro de 2001, que estabeleceu que:

**A Reforma Psiquiátrica deve ser norteadora das práticas das instituições forenses. A questão do Manicômio Judiciário deve ser discutida com as diferentes áreas envolvidas (legislativa, previdenciária, saúde mental, direitos humanos e outras), com o objetivo de buscar formas de garantir o direito do portador de transtorno mental infrator à responsabilidade, à reinserção social e a uma assistência dentro dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.**

## 5 - CONCLUSÕES

Do exposto podemos concluir que:

- 1) No direito constitucional brasileiro, notadamente a partir da Constituição Federal de 1988, pode afirmar-se, sem receio de errar, que a saúde é um direito fundamental;

2) O elemento mental deve a ser compreendido um dos componentes do atual conceito de saúde;

3) Estudiosos de diferentes culturas dão definições diversas à saúde mental. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais;

4) Nas últimas décadas, vários países do mundo, inclusive o Brasil, vêm passando por mudanças em seus sistemas de saúde mental marcadas por um processo de desinstitucionalização motivado pela acumulação de indícios das deficiências do hospital psiquiátrico, combinada com o aparecimento do “institucionalismo” (manifestação de incapacidades em consequência do isolamento e da atenção institucional em asilos distantes);

5) A reforma psiquiátrica não significa apenas a criação de um modelo assistencial extra-hospitalar substitutivo do modelo atual, mas, também, o próprio redimensionamento do que seria a reinserção psicossocial do indivíduo doente e a inserção da comunidade no sistema de assistência à saúde mental;

6) Embora seja uma parte importante da reforma da saúde mental, desinstitucionalização não é sinônimo de desospitalização, não é meramente esvaziar manicômios;

7) O fato de uma pessoa ser portadora de um transtorno mental não lhe retira a condição de cidadã. Ao contrário, tanto a legislação interna quanto internacional, protegem o paciente psiquiátrico como sujeito de direito, imbuído de todas as prerrogativas e privilégios dos demais indivíduos, dentro de suas peculiaridades.

## 6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Inclusão e luta antimanicomial: avaliação e perspectivas após um ano de vigência da lei nº 10.216/2001**. Disponível em <[http://www.unb.br/fd/saude\\_paulo.html](http://www.unb.br/fd/saude_paulo.html)>. Acesso em 8 mar. 2003.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. Direito, saúde mental e reforma psiquiátrica. In: ARANHA, Márcio Iorio; TOJAL, Sebastião Botto de Barros (Org.). **Curso de especialização à distância para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**: programa de apoio ao fortalecimento do controle social no SUS. Brasília: Faculdade de Direito da UnB, 2001.

\_\_\_\_\_. **Avaliação das iniciativas de regulamentação da lei nº. 10.216/01 a partir do Ministério da Saúde**. Disponível em <[http://www.unb.br/fd/saude\\_augusto.html](http://www.unb.br/fd/saude_augusto.html)>. Acesso em 8 mar. 2003.

FONSECA, André Luiz de Castilho. **Texto de Apresentação para o encontro “Del Manicomio a la Integración Social”, dias 11 e 12 de junho, no Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak, na cidade de Santiago, Chile.** Disponível em < [www.candido.org.br/a-13.htm](http://www.candido.org.br/a-13.htm)>. Acesso em 8 mar. 2003.

GIROLAMO G; COZZA M. The Italian Psychiatric Reform – A 20-Year Perspective. **Int J of Law and Psych.** n. 23 (3,4): 197-214, 2000.

GOLDBERG D. The future pattern of psychiatric provision in England. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, n. 249: 123-127, 1999.

GOLDMAN Howard H.; ADAMS Neal H; TAUBE Carl A. Deinstitutionalization: The Data Demythologized. In: **Hosp and Commun Psychiatry**, USA, n. 2, v. 34, p. 129-134, feb. 1983.

**PORTINHO**, Márcio Valença Mello. Questões relativas ao Princípio da Igualdade. Disponível em < <http://www.direitonet.com.br/doutrina/artigos/x/97/99/979/>>. Acesso em 11 agosto 2003.

<sup>1</sup> Nesse sentido, dentre os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, consignou-se expressamente que “Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, e por outros instrumentos relevantes, como a declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer forma de Detenção ou Aprisionamento”.