FACULDADES INTEGRADAS DE BAURU

DIREITO

Raquel Coelho Vanzelli

DIREITO À SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Bauru

2024

Raquel Coelho Vanzelli

DIREITO À SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Monografia apresentada às Faculdades Integradas de Bauru para obtenção do título de Bacharel em Direito, sob a orientação do Professor Me. Bazilio de Alvarenga Coutinho Júnior

Bauru
2024

Coelho Vanzelli, Raquel

Direito à saúde mental: uma análise da importância da Reforma Psiquiátrica à luz da Constituição Federal. Raquel Coelho Vanzelli. Bauru, FIB, 2024.

40f.

Monografia, Bacharel em Direito . Faculdades Integradas de Bauru - Bauru

Orientador: Professor Me. Bazilio de Alvarenga Coutinho Júnior

1. Direito Constitucional. 2. Saúde Mental. 3. Reforma Psiquiátrica. I. Direito à saúde mental: uma análise da importância da Reforma Psiquiátrica à luz da Constituição Federal. Faculdades Integradas de Bauru.

CDD 340

Raquel Coelho Vanzelli

DIREITO À SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À LUZ DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Monografia apresentada às Faculdades Integradas de Bauru para obtenção do título de Bacharel em Direito,

Bauru, 14 de novembro de 2024.

Banca Examinadora:

Presidente/ Orientador: Prof. Me. Bazilio de Alvarenga Coutinho Júnior

Professor 1: Prof. Me. Danilo Guerreiro de Moraes

Professor 2: Prof. Me. Carlos Reis da Silva Júnior

Bauru
2024

Dedico este trabalho a todas as pessoas que sofrem de transtornos mentais, sobretudo os pacientes do Serviço de Residência Terapêutica de Bauru, com os quais convivi e aprendi durante 11 meses e me inspiraram na escolha do tema.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me capacitar para a elaboração deste trabalho e por me dar forças e saúde para superar todos os momentos difíceis pelos quais passei ao longo da graduação.

À Nossa Senhora, pela valiosa intercessão maternal ao longo de todo o curso, sobretudo sob o título do Carmo, pelo qual tenho especial devoção. Seu escapulário é meu fiel escudeiro desde sempre e durante todo o período da faculdade não foi diferente.

À minha família, principal alicerce durante todo o processo de construção deste trabalho. Sem o amor, incentivo e compreensão de vocês, este trabalho não seria possível. Obrigada por serem minha base e meu porto seguro.

Aos meus pais, Antônio e Carmen, que sempre me incentivaram a buscar conhecimento e acreditaram no meu potencial, mesmo nos momentos mais desafiadores, quando nem eu mesma acreditava.

Pai, seu exemplo de dedicação e honestidade em tudo que faz me inspira diariamente. Agradeço por todo apoio incondicional e palavras de incentivo nos períodos mais difíceis. Sua presença e ensinamentos foram fundamentais para que que chegasse até aqui.

Mãe, seu carinho e apoio incondicional, sobretudo nos momentos em que eu quis desistir, foram essenciais para que eu perseverasse. Seu amor e cuidado constantes me deram forças para seguir em frente.

À minha irmã Andressa, sempre pronta a oferecer uma palavra de motivação, por ser exemplo de perseverança nos estudos e incentivo na busca por aperfeiçoamento profissional.

Às amigas de infância, que as circunstâncias da vida não conseguiram afastar e com quem compartilho 25 anos de amizade, recordação das coisas boas da vida e verdadeiro refúgio. Agradeço por todas as memórias, pelas conversas e pelas risadas que aqueceram o coração ao longo desta jornada. Vocês me lembram da importância de ter ao lado pessoas que, independentemente do tempo ou da distância, sempre estarão presentes. Sou grata pelo apoio e incentivo de vocês.

Às Faculdades Integradas de Bauru, por proporcionar um ambiente acolhedor e de excelência acadêmica, fundamentais para minha formação e crescimento

pessoal. Ao corpo docente, pela dedicação e conhecimento partilhados e por inspirarem diariamente com seu compromisso e paixão pelo Direito.

Sinceros são meus agradecimentos também ao meu orientador Bazilio, pelo suporte e apoio na elaboração deste trabalho, pelas preciosas indicações bibliográficas, bem como por todos os ensinamentos em direito constitucional, os quais serviram de base e inspiração para a composição deste trabalho.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muito obrigada!

“Saúde não é tudo, mas sem ela, todo o resto é nada” (Arthur Schopenhauer)

VANZELLI, Raquel Coelho. **Direito à saúde mental: uma análise da importância da reforma psiquiátrica à luz da Constituição Federal.** 2024 40f. Monografia apresentada às Faculdades Integradas de Bauru, para obtenção do título de Bacharel em Direito. Bauru, 2024.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar a importância da reforma psiquiátrica, bem como seus desdobramentos, para a garantia do direito à saúde previsto na Constituição Federal de 1988. A pesquisa abordou o desenvolvimento histórico das políticas de saúde mental no Brasil, com ênfase na transição de um modelo predominantemente hospitalar para um modelo de atenção psicossocial, priorizando o atendimento humanizado e a reintegração social dos pacientes em detrimento de tratamentos ineficazes, sobretudo pela implantação dos CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos. A reforma psiquiátrica foi analisada sob a concepção dos direitos fundamentais, especialmente no que tange à dignidade da pessoa humana. Analisa, ainda, os desafios enfrentados na implantação da reforma e os avanços obtidos ao longo dos anos, demonstrando sua relevância para a proteção do direito a saúde no Brasil.

Palavras-chave: Direito Constitucional. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica.

VANZELLI, Raquel Coelho. **Direito à saúde mental: uma análise da Reforma Psiquiátrica à luz da Constituição Federal.** 2024 40f. Monografia apresentada às Faculdades Integradas de Bauru, para obtenção do título de Bacharel em Direito. Bauru, 2019.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the importance of psychiatric reform, as well as its developments, for ensuring the right to health as provided for in the Federal Constitution of 1988. The research addressed the historical development of mental health policies in Brazil, with an emphasis on the transition from a predominantly hospital-based model to a psychosocial care model, prioritizing humanized care and the social reintegration of patients over ineffective treatments, particularly through the implementation of CAPS (Psychosocial Care Centers) and Therapeutic Residential Services. Psychiatric reform was analyzed from the perspective of fundamental rights, especially regarding the dignity of the human person. The study also examines the challenges faced in the implementation of the reform and the progress made over the years, demonstrating its relevance for the protection of the right to health in Brazil.

Keywords: Constitutional Law. Mental Health. Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL 15

2.1 Características do direito à saúde como garantia fundamental 20

2.2 Direito à saúde como norma de eficácia plena 22

3 A SAÚDE MENTAL COMO ESPÉCIE DE DIREITO À SAÚDE E SUAS CARACTERÍSTICAS 24

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO EVOLUÇÃO NA PROTEÇÃO AO DIREITO À SAÚDE MENTAL 26

5 DA LEI 10.216/01 COMO MARCO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA 31

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 35

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo analisar a importância da Reforma Psiquiátrica à luz da Constituição Federal, destacando o direito à saúde mental como parte integrante do direito à saúde. Para tanto, foi realizada pesquisa de revisão bibliográfica, explorando textos de leis, doutrinas e artigos científicos que discutem tanto a fundamentação constitucional do direito à saúde quanto o processo histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesse contexto, busca-se entender como o direito à saúde mental se consolidou ao longo dos últimos anos e os desafios que ainda permanecem para sua plena efetivação.

O direito à saúde é um dos pilares fundamentais de qualquer sociedade que se propõe a garantir o bem-estar de seus cidadãos. No Brasil, esse direito está assegurado pela Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196 estabelece a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Esse dispositivo confere à saúde o status de norma de eficácia plena, o que significa que deve ser aplicada de forma imediata e abrangente, sem necessidade de regulamentações adicionais para sua efetivação. Nesse sentido, a saúde mental, merece atenção especial.

A saúde mental no Brasil passou por grandes transformações nas últimas décadas, sendo a Reforma Psiquiátrica o marco mais importante nessa trajetória. Iniciada nos anos 1980 e consolidada com a Lei n.º 10.216 de 2001, essa reforma buscou romper com o modelo de internação, que historicamente era caracterizado pela exclusão dos indivíduos com transtornos mentais, e promover um modelo de atenção psicossocial. A reforma representou uma mudança na forma de tratamento, garantindo dignidade, autonomia e cidadania às pessoas em sofrimento psíquico.

Além disso, foram abordados os avanços após a implementação da reforma, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a substituição gradual dos hospitais psiquiátricos por serviços comunitários, bem como a reinserção das pessoas com transtorno mental quando da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Contudo, mesmo com os avanços conquistados, o sistema de saúde mental ainda enfrenta uma série de desafios. Entre eles, destacam-se a insuficiência de recursos financeiros, a formação inadequada de profissionais especializados e a estigmatização persistente das pessoas com transtornos mentais.

Ao final, este trabalho pretende fornecer uma análise crítica sobre a atual situação da saúde mental no Brasil, destacando a relevância da Reforma Psiquiátrica como essencial para a garantia do direito constitucional à saúde.

2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Partindo-se do pressuposto de que o presente trabalho visa a análise do direito à saúde mental, faz-se necessária uma breve abordagem sobre o direito fundamental à saúde, o qual encontra suas premissas estabelecidas na Constituição.

Nos diz Mendes, Branco (2011, p. 685), que “A Constituição de 1988 é a primeira Carta Brasileira a consagrar o direito de proteção à saúde”.

O direito à saúde está previsto nos artigos 196 a 200. Assim diz o artigo 196:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988)

Nesse sentido, Moraes (2003, p. 537) preleciona:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, art. 196), sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF, art. 197).

Também Mendes, Branco (2011, p. 686) acenaram para o tema: “É possível identificar na redação do artigo constitucional tanto um direito individual quanto um direito coletivo de proteção à saúde. Dizer que a norma do art. 196, por tratar de um direito social, consubstancia-se tão somente em norma programática, incapaz de produzir efeitos, apenas indicando diretrizes a serem observadas pelo poder público, significaria negar a força normativa da Constituição.”

Ainda nessa esteira, tem-se que todas as políticas públicas que visem melhorar a saúde de uma população ou evitar a propagação de doenças (vacinação, distribuição de preservativos etc.) são baseadas neste artigo. Tal dispositivo menciona, outrossim, o alvo destas ações: acesso universal e igualitário, ou seja, devem atingir todos os indivíduos de forma igualitária.

Já o artigo 197 da Constituição Federal descreve quem deve regulamentar e fiscalizar as ações de saúde, bem como executá-las.

No caso, tal incumbência fica a cargo do Poder Público, quer criando leis, quer desenvolvendo programas de saúde bem como, órgãos para fiscalizar se tais ações estão sendo aplicadas.

No que pertine à execução dessas ações, podem ser feitas pelas próprias instituições ou pela iniciativa privada, caso seja necessário. Assim dispõe tal artigo:

> Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Brasil, 1988).

Nesse sentido, Bulos (2010, p. 1528): “As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo aos órgãos governamentais dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

Continuando no direito à saúde, o artigo 198 da Constituição diz respeito às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste dispositivo, há os conceitos de regionalização e hierarquização. Aquela diz respeito a dividir o território para que cada ação específica ocorra somente onde é necessário, identificando os problemas de determinada região. Esta, por sua vez, tem a atenção voltada para níveis de complexidade diferentes.

> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
>
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
>
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
>
> III - participação da comunidade. (Brasil, 1988)

Com muita pertinência, observa Tavares (2012, p. 855) nesse sentido: “Essas ações e serviços públicos de saúde devem integrar-se em todo o território nacional, compondo um sistema único, regionalizado e hierarquizado, organizado de maneira descentralizada, com direção única em cada uma das esferas de governo, vale dizer, na esfera federal, estadual, distrital e municipal”.

Já o artigo 199 do texto constitucional, abaixo transcrito, refere-se à iniciativa privada, descrevendo como as empresas privadas podem agir em relação à saúde no território nacional. O parágrafo 1º deste, contudo, reza que estas devem atuar em caráter complementar, isto é, na impossibilidade do governo de atuar, de acordo com as próprias diretrizes do Sistema Único de Saúde. Deve-se dar preferência às instituições sem fins lucrativos.

Quanto às instituições com fins lucrativos, é vedado a elas destinar recursos públicos para auxilio a estas. No que tange a empresas estrangeiras, é defesa sua assistência à saúde no Brasil, salvo casos previstos em lei.

> Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
>
> § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
>
> § 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
>
> § 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.
>
> § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (Brasil, 1988)

A respeito deste artigo, assim diz Bulos (2012, p. 1530): “Vale ressaltar que, ao lado do SUS, a Carta de 1988 também determinou que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Assim, ao lado da estatização da medicina, o constituinte também deu guarida às ações de saúde prestadas por particulares, dividindo com o setor privado a missão de realizar o programa agasalhado no art. 196 da Lex Mater”.

Finalizando o direito à saúde na Constituição, assim diz o artigo 200 da Carta Magna:

> Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:
>
> I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

> II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
>
> III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
>
> IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
>
> V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)
>
> VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
>
> VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
>
> VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (Brasil, 1988)

Este artigo nos traz as competências do Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, quais as suas funções de fato e sua importância dentro da sociedade. O Sistema Único de Saúde, para além de um prestador de serviços, tem um papel ativo na gestão da saúde pública no país.

Analisando o referido artigo, tem-se que o Sistema Único de Saúde tem a tarefa de garantir que tudo que é utilizado na saúde, desde medicamentos até procedimentos, sejam seguros e eficazes. Deve também monitorar e prevenir doenças na população e nos ambientes de trabalho, evitando aumento no número de casos de determinada moléstia e garantindo que os trabalhadores estejam protegidos de riscos à saúde.

É responsabilidade do Sistema Único de Saúde, outrossim, a orientação da formação dos profissionais da área, garantindo que estes estejam preparados para atender de forma adequada à população. O SUS está envolvido, além disso, no planejamento e execução de políticas de saneamento básico, o que também é essencial para a prevenção de doenças.

O controle da qualidade dos alimentos e da água consumida pela população é outra atribuição do SUS, garantindo a qualidade e segurança alimentar. Ademais, o Sistema tem por dever fiscalizar substâncias que podem ser perigosas para a saúde, para que seu uso seja seguro. O SUS trabalha, ademais, junto a outros órgãos para atender o meio ambiente, incluindo os locais de trabalho.

A respeito deste artigo, diz Bulos (2010, p. 1531): “A competência do SUS, portanto, envolve tarefas normativas, fiscalizatórias e executivas, além de outras disciplinadas em lei ordinária. Compete-lhe, ainda, toda a produção material e intelectual direcionada à área da saúde”.

Ainda no tocante a este dispositivo, nos diz Silva (2005, p. 831):

> O Sistema Único de Saúde, integrado de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, constitui o meio pelo qual o Poder Público cumpre seu dever na relação jurídica de saúde que tem no polo ativo qualquer pessoa e a comunidade, já que o direito à promoção e à proteção da saúde é também um direito coletivo. O Sistema Único de Saúde implica ações e serviços federais, estaduais, distritais (DF) e municipais, regendo-se pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e da participação da comunidade, que confirma seu caráter de direito social pessoal, de um lado, e de direito social coletivo, de outro. É também por meio dele que o Poder Público desenvolve uma série de atividades de controle de substâncias de interesse para a saúde e outras destinadas ao aperfeiçoamento das prestações sanitárias. O sistema é financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Mendes, Branco (2011, p. 689) também discorreram a respeito:

> Ao criar o SUS, o constituinte originário rompeu com a tradição até então existente e adotou uma rede regionalizada e hierarquizada, segundo o critério da subsidiariedade, como forma de melhor concretizar esse direito social. Sua concepção decorreu em parte da evolução do sistema que antes era instituído em nível ordinário, como o Sistema Nacional de Saúde, criado pela Lei nº 6.229/75, e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Pelo caráter regionalizado do SUS, a competência para cuidar da saúde foi definida como comum dos entes da federação.

Insta ressaltar, outrossim, que não obstante o direito à saúde não esteja classificado explicitamente como cláusula pétrea, faz parte dos direitos e garantias protegidos pelo § 4º do artigo 60 da Constituição Federal, não podendo ser abolido ou alterado.

Assim é o entendimento de Nascimento (1997, p. 89):

> O direito social à saúde, a ser prestado pelo Estado, categoriza-se como cláusula pétrea, por se afigurar como direito e garantia individual implícito. Aparecem como direitos individuais explícitos e, via de consequência, intocáveis por emendas constitucionais, o direito à vida (art. 5º, caput) e o direito à integridade física e moral, que não é só direito de preso (art. 5º, XLIX). No exame sistêmico do texto constitucional, incompreensível seria garantir-se, como cláusulas pétreas, a vida e a integridade física do homem e não se garantir a saúde com a mesma eficácia de cláusula intocável por emendas constitucionais, visto que a saúde, destutelada, pode levar inclusive à morte. A proteção estatal da saúde decorre dos princípios adotados pela

> Carta e, como resultado, é limitação material implícita a obstar sua abolição, ou redução, por emenda constitucional.

2.1 Características do direito à saúde como garantia fundamental

Não se pode pretender avançar no estudo do direito à saúde sem antes perscrutar-se suas características como autêntico direito fundamental.

Os chamados direitos fundamentais encontram-se encartados na Constituição como forma de proteção Estatal de liberdades públicas.

Lado outro, as garantias são instrumentos pela Carta Magna colocados à disposição para que se possa fazer valer os direitos nela previstos. Estas têm natureza assecuratória, enquanto aqueles, têm natureza declaratória.

Estabelecendo tal diferenciação Moraes assim preleciona (2009, p.33): “A distinção entre direitos e garantias fundamentais, no direito brasileiro, remonta a Rui Barbosa, ao separar as disposições meramente declaratórias, que são as que imprimem existência legal aos direitos reconhecidos, e as disposições assecuratórias, que são as que, em defesa dos direitos, limitam o poder”.

O mesmo autor, ainda, leciona a respeito das garantias e direitos fundamentais: “os direitos representam só por si certos bens, as garantias destinam-se a assegurar a fruição desses bens; os direitos são principais, as garantias, acessórias e, muitas delas, adjetivas”. (Moraes 2009, p. 34 *apud* Miranda, 1998, p.88-89).

Os direitos fundamentais, resultantes de longo processo histórico, foram sendo acrescidos a outros já existentes. Dessa forma, fala-se em dimensões de direitos fundamentais, destacando-se seis delas: historicidade, universalidade, inalienabilidade, imprescritibilidade, vinculatividade e indivisibilidade. (Camin; Fachin, 2015).

A historicidade diz respeito ao surgimento destes, uma vez que são resultado de uma longa evolução histórica, tendo surgido em razão de necessidades fundamentais do ser humano. Nesse sentido, Bobbio (1992, p. 519) ensina: “Os direitos do homem, por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em certas circunstâncias, caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos

poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas.”

Dentre as características dos direitos fundamentais, destaca-se, outrossim, a universalidade, vez que qualquer pessoa pode deles ser titular. Nessa senda, Fachin (2012, p. 236) nos diz que “os direitos fundamentais caracterizam-se pela universalidade, ou seja, são direitos que valem em todos os lugares, em todos os tempos, e são aplicáveis a todas as pessoas”.

Há que se falar, também, na inalienabilidade, isto é, na impossibilidade dos direitos fundamentais serem negociados ou transferidos. Assim diz Silva (2011, p. 181): “direitos intransferíveis, inegociáveis, porque não são de conteúdo econômico-patrimonial. Se a ordem constitucional os confere a todos, deles não se pode desfazer, porque são indisponíveis”.

Quanto a imprescritibilidade, nos diz José Afonso da Silva:

> O exercício de boa parte dos direitos fundamentais ocorre só no fato de existirem reconhecidos na ordem jurídica. Em relação a eles não se verificam requisitos que importem em sua prescrição. Vale dizer, nunca deixam de ser exigíveis. Pois prescrição é um instituto jurídico que somente atinge, coarctando, a exigibilidade dos direitos de caráter patrimonial, não a exigibilidade de direitos personalíssimos, ainda que não individualistas, como é o caso. Se são sempre exercíveis e exercidos, não há intercorrência temporal de não exercício que fundamente a perda da exigibilidade pela prescrição (2011, p. 181).

Tal característica diz respeito ao fato de que os direitos fundamentais podem ser exercidos a qualquer tempo, não incidindo sobre eles o fenômeno da prescrição. Dessa forma, não há aqui o perecimento do direito.

A respeito da vinculatividade, tem-se que os direitos fundamentais influenciam diretamente nas relações jurídicas, não tendo força meramente declaratória, mas normativa.

Por fim, a indivisibilidade reza que os direitos fundamentais de primeira a sexta geração (os quais serão explanados oportunamente) não podem separar-se. Assim, diz Brega Filho (2002, p. 62): “a indivisibilidade dos direitos fundamentais faz com que tenhamos que tratar os direitos fundamentais das várias gerações de forma igual, pois se cuida de um mesmo gênero de direitos”.

2.2 Direito à saúde como norma de eficácia plena

As normas constitucionais de eficácia plena são aquelas que produzem plenos efeitos desde sua previsão constitucional. Não necessitam, assim, de uma norma infraconstitucional que venha a regulamentar seu conteúdo para que possa produzir efeitos, por isso são autoaplicáveis, tendo aplicabilidade direta.

De se acrescentar que tais normas, ainda, possuem aplicabilidade integral, pois não podendo sofrer redução de seu conteúdo por uma norma infraconstitucional.

Nesse sentido, Moraes (2003, p. 33): “São normas constitucionais de eficácia plena "aquelas que, desde a entrada em vigor da Constituição, produzem, ou têm possibilidade de produzir, todos os efeitos essenciais, relativamente aos interesses, comportamentos e situações, que o legislador constituinte, direta e normativamente, quis regular".

Sarlet, Marinoni e Mitidiero também prelecionamm nesse sentido (2022, p. 34): “Normas de eficácia plena seriam aquelas que por serem dotadas de aplicabilidade direta, imediata e integral não dependem da atuação do legislador ordinário para que alcancem sua plena operatividade”.

Ainda nessa senda, Barcellos (2019, p. 320) considera que a eficácia imediata do direito à saúde exige uma atuação proativa do Estado, especialmente em casos onde há omissão, ineficiência ou insuficiência de recursos:

> Falta de eficácia positiva ou simétrica no mínimo existencial na área da saúde significa dizer que há um conjunto de prestações de saúde exigíveis diante do Judiciário por força e em consequência da Constituição. Mais que isso, tal afirmação significa que os poderes constituídos estão obrigados a colocar a disposição das pessoas tais prestações, seja qual for o plano de governo ou a orientação política do grupo que, a cada momento, estiver no poder. Em resumo, as prestações que fazem parte do mínimo existencial – sem o qual restará violado o princípio da dignidade da pessoa humana, compromisso fundamental do Estado brasileiro – são oponíveis e exigíveis dos poderes públicos constituídos.

Feitas as considerações acerca das características do direito Constitucional à saúde como como garantia fundamental da pessoa humana, percebe-se a importância e amplitude que o tema representa, sobretudo quando se trata de implementação de políticas públicas a fim de garantir o direito básico de proteção à saúde mental, objeto específico deste trabalho. A saúde é um dos sustentáculos para a garantia de uma vida digna, constituindo um direito básico que necessita de constante proteção e

promoção por parte do Estado e da sociedade. No caso da saúde mental, a abordagem integrada (a qual inclui saneamento básico, alimentação adequada, acesso a medicamentos e tratamentos, além da promoção de ambientes saudáveis e seguros) se torna ainda mais imprescindível.

Os transtornos mentais são muitas vezes invisíveis ou subestimados, mas possuem um impacto profundo sobre a vida daqueles que os têm e a falta de apoio adequado pode levar ao agravamento de condições que, em casos extremos, resultam em incapacidade de trabalhar, relacionar-se socialmente e até comportamentos autodestrutivos.

Então, pode-se dizer que o direito à saúde encontra-se intimamente ligado à própria dignidade da pessoa humana, que acaba por ser verdadeiro desdobramento do direito à vida digna. A saúde mental, por muito tempo negligenciada, hoje é reconhecida como uma parte integrante do bem-estar do indivíduo. Assim, a falta de políticas adequadas nesse sentido pode significar o comprometimento da qualidade de vida da pessoa, impactando não apenas a sua capacidade de realizar atividades cotidianas, mas também suas relações sociais, laborais e seu desenvolvimento pessoal.

Sem saúde, não há que se falar em pleno exercício da cidadania, trabalho ou bem-estar. É por isso que a promoção de políticas públicas nessa área é um desdobramento do direito à vida digna. O texto constitucional, ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, reafirma essa ideia e eleva a dignidade da pessoa humana como um princípio fundamental.

Portanto, garantir a saúde mental não é apenas uma questão de assistência médica, mas de promoção de um ambiente social, econômico e cultural que permita às pessoas viverem de forma plena. Esse é o objetivo das políticas públicas que buscam concretizar o direito à saúde: assegurar que cada cidadão tenha acesso a condições que lhe permitam viver com dignidade, independência e bem-estar psicológico.

3 A SAÚDE MENTAL COMO ESPÉCIE DE DIREITO À SAÚDE E SUAS CARACTERÍSTICAS

Para Bredow, Dravanz (2010, p.230), o conceito de saúde mental é muito complexo e abrangente, devendo ser analisado de forma cautelosa. Enquanto alguns estudos mantêm a concepção de que saúde é ausência de doença, outros apontam que o processo de doença envolve aspectos sociais, culturais e econômicos. Em outras palavras, o foco não deve ser apenas na patologia.

Dessa forma, esse conceito inclui um olhar para as características positivas do indivíduo, não incluindo somente a ausência da patologia, mas também a presença de um estado de bem estar, no qual o individuo consegue ter recursos para governar um estado de stress intenso, utilizar suas capacidades para trabalhar bem de modo produtivo, capacidade de contribuir de modo constritivo para a sociedade, interagindo bem com esta.

Bulos (2010, p. 1526) tem entendimento semelhante, ao dizer que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e espiritual do homem e não apenas a ausência de afecções e doenças. Acompanha a saúde a nutrição, ou seja, o complexo processo que vai da produção de alimentos até a absorção qualitativa e quantitativa indispensável à vida humana.”

Destaca, também, a evolução do conceito de saúde, frisando que o estado de higidez de um indivíduo destaca-se nas constituições contemporâneas.

E para identificar a presença de bem-estar, é preciso avaliar se há emoções positivas, vivenciando-as de forma plena, tais como: alegria, esperança, gratidão, entusiasmo, interesse por atividades do dia a dia, dentre outras.

Ante importância da saúde mental como elemento indispensável à qualidade da vida humana, o tema vem sendo objeto de preocupação não apenas da sociedade, mas também do próprio legislador. A saúde mental, antes negligenciada e cercada de estigmas, tem sido reconhecida como essencial para o pleno desenvolvimento do indivíduo, influenciando diretamente sua capacidade de conviver em sociedade, trabalhar, estudar e tomar decisões. Essa conscientização social tem gerado uma demanda cada vez maior por políticas públicas que assegurem o direito ao cuidado integral e humanizado.

O legislador, ciente dessa realidade, tem buscado elaborar normas que protejam os direitos das pessoas com transtornos mentais. A promulgação de leis, como a Lei nº 10.216/2001, foi um marco importante ao estabelecer diretrizes para o tratamento digno e inclusivo, priorizando a inserção comunitária em vez de internações prolongadas em hospitais psiquiátricos.

Essa atuação do legislador envolve a fiscalização e aperfeiçoamento das políticas de saúde mental. Em resposta às constantes discussões acerca da reforma psiquiátrica, o legislador busca equilibrar os avanços já obtidos com a necessidade de superar obstáculos, como a carência de profissionais capacitados. Assim, o papel do legislador é vital para garantir que o direito à saúde mental seja efetivamente respeitado e que as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde de forma digna e inclusiva.

Portanto, a crescente preocupação com a saúde mental, tanto por parte da sociedade quanto do legislador, representa um avanço no reconhecimento dos direitos humanos e na construção de uma sociedade mais justa e comprometida com o bem-estar de todos os seus membros.

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO EVOLUÇÃO NA PROTEÇÃO AO DIREITO À SAÚDE MENTAL

No Brasil, o início do movimento para a reforma psiquiátrica deu-se no final da década de 70, a partir de denúncias sobre condições desumanas de tratamento dentro de manicômios.

As redes assistenciais, mormente nos anos 60 a 80, trabalhavam com modelos terapêuticos precários, tais como abuso de fármacos e isolamento dos doentes em manicômios, tendo como consequência superlotação, erros médicos e mortes.

A legislação vigente à época previa, dentre outras coisas, a remoção para hospitais psiquiátricos de forma arbitrária. (De Rolemberg Figueiredo, Delevati, Tavares, 2014).

Ainda, nesse período, houve a introdução de profissionais de psicologia na saúde pública, culminando na implementação de ambulatórios com a finalidade preventiva.

Foi neste período que houve discussões acerca do tratamento psiquiátrico no Brasil, com a realização de grandes eventos para discussão do tema. Dentre estes, destaca-se o Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil, em 1987, o qual tinha por lema “por uma sociedade sem manicômios”. Neste evento defendia-se, dentre outras coisas, a eliminação dos meios de contenção presentes no tratamento, o reestabelecimento da relação do indivíduo com seu próprio corpo e a reconstrução do direito de reinserção na sociedade. (Ramminger, 2002).

Aos poucos, as propostas de reforma chegavam aos âmbitos governamentais, gerando o documento Diretrizes para a Área de Saúde Mental, redigido pelo Ministério da Saúde, na década de 1980, defendendo o tratamento extra hospitalar, a limitação do período de internação, a reintegração em sociedade e a promoção de pesquisas epidemiológicas no campo da Saúde Mental. (Vasconcellos, 2008).

Neste momento, havia uma transição entre a fase sanitarista para a fase de desinstitucionalização – desospitalização, dando espaço para a elaboração de novos serviços/opções assistenciais.

Foram realizadas, ainda, três conferências nacionais de saúde mental. A primeira, realizada em 1987, reafirmou as resoluções da VIII Conferência Nacional de

Saúde, ocorrida um ano antes, a qual criticou fortemente a centralização hospitalar dominante. Apesar desta Conferência ter estabelecido objetivos bem definidos, ainda havia muito a ser feito e planejado para que tais objetivos fossem implantados. Esta suscitou, no entanto, muitos outros movimentos a favor da Reforma, tais como o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em Bauru, no qual diversas profissões ligadas a Saúde Mental debateram sobre como poderiam mudar a realidade assistencial nessa área. Houve, também, um evento importante pós I Conferência Nacional de Saúde Mental (ICNSM): a Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, Caracas, em novembro de 1990. (Devera, Rosa, 2007)

Já a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, mais precisamente entre os dias 1 a 4 de dezembro, precisou de alguns eventos marcantes para sua efetivação. Ocorreu concomitantemente à IX Conferência Nacional de Saúde a qual garantiu assistência integral e substituição do modelo centralizado em hospitais por uma rede de serviços diversificados e qualificados.

A partir daí, abriu-se espaço para a desativação de leitos para usuários de longa permanência, destinação de recursos a redes extra-hospitalares, criação de remuneração que incentivem o crescimento de serviços como CAPS, dentre outros.

Houve, ainda, a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), que ocorreu no contexto da aprovação da Lei 10.216/21, mais precisamente entre 11 a 15 de dezembro de 2001. Tendo como tema “Cuidar Sim, Excluir Não”, esta Conferência fortaleceu a luta pela reforma psiquiátrica, criando propostas e estabelecendo metas para, de fato, efetivar o modelo de saúde mental centrado em desativação de leitos e substituição do modelo hospitalocêntrico. (Devera, Rosa, 2007)

De forma geral, pode-se dizer que as Conferências Nacionais de Saúde Mental foram marcos importantes para os avanços da reforma, embora sua ocorrência tenha se dado de forma eventual, já que promoveram a deliberação sobre as políticas públicas de saúde mental, proporcionando debates sobre modelos de atenção à saúde mental, direitos dos portadores de transtornos mentais graves e métodos de desinstitucionalização, discutindo-os de forma ampla e democrática. Todas elas envolveram gestores, profissionais de saúde, usuários dos serviços e seus familiares, além de representantes da sociedade, promovendo um espaço de diálogo coletivo.

Há ainda um ponto importante defendido pela Reforma, que é o trabalho interdisciplinar, isto é, a presença de profissionais da área de psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

A partir daí, surgiram, no final da década de 1980, novas opções assistenciais, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - este mais precisamente em 1987 - e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), criados em 1989. Com o advento do primeiro, possibilitou-se o atendimento por consultas médicas, atendimento com psicólogo, serviços social e terapia ocupacional (Vasconcellos, 2008). Já o segundo tem como finalidade a descentralização dos manicômios. Tem como estratégia a regionalização, conhecendo as necessidades de cada local, a demanda de doenças psiquiátricas e debate com a comunidade.

Não menos importante são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Já é sabido que, anteriormente à Reforma Psiquiátrica, pessoas com transtornos mentais eram internadas em manicômios sem chance de tratamento digno. No contexto da Reforma Psiquiátrica, tais serviços surgiram como uma forma de acolher portadores de transtornos mentais egressos de longa internação psiquiátrica, os quais perderam os vínculos familiares, e reinseri-los na vida em sociedade.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, cujo surgimento se deu a partir da Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde (Brasil, 2000), constituem-se em moradias inseridas na comunidade, como um modelo de atenção integral ao doente mental, visando à substituição da internação em hospital psiquiátrico.

Os serviços mencionados criados anteriormente à Lei 10.216, de 2001, mais precisamente em 2000, surgiram no contexto da Reforma Psiquiátrica, em um contexto marcado transformações e mudanças nos conhecimentos acerca das doenças mentais, nas estratégias de intervenção, nos valores culturais e sociais que dizem respeito aos serviços de atenção à saúde mental no Brasil. O processo de desinstitucionalização não deve ser compreendido como sinônimo de desospitalização, uma vez que se trata de um processo complexo, que demanda a implantação de uma rede de atenção comunitária à saúde mental sólida e integrada. (Almeida, Cezar, 2016).

A respeito dos Serviços Residenciais Terapêuticos, nos diz Cavalcanti (2005, p. 32): "A Residência Terapêutica se constitui como dispositivo no processo de

desinstitucionalização das pessoas acometidas de transtorno mental, com o intuito de promover a construção da sua inserção na comunidade. As residências se constituem como espaços de habitação e de reconstrução de laços sociais e afetivos para as pessoas que se encontravam confinadas nos hospitais psiquiátricos. No ambiente residencial não são mais considerados pacientes e sim moradores".

Há ainda uma série de características físicas e funcionais que devem ser observadas para a criação e manutenção destes serviços, recursos financeiros e capacitação da equipe. As casas devem possuir no mínimo 3 dormitórios, estar inseridas em bairros da cidade, de modo que os usuários estejam em contato constante com a comunidade, ser mobiliadas com equipamentos e eletrodomésticos necessários a realização de atividades domésticas, tais como higiene pessoal, preparo de alimentação, lavagem de roupas, entre outros. (Brasil, 2004).

A Residência Terapêutica, outrossim, deverá estar vinculada aos serviços ambulatoriais de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesse sentido, disseram Medeiros e Guimarães (2002, p.22): "É necessário que a equipe da Residência Terapêutica (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, cuidadores) atue em parceria com a equipe do Centro de Atenção Psicossocial e de outros parceiros desse processo de ressocialização dos pacientes e inserção social das pessoas usuárias do serviço de saúde mental". Deve contar também com uma equipe responsável pelo acompanhamento dos moradores. (Brasil, 2001), equipe esta que desenvolverá autonomia dos moradores, necessária à integração ao ambiente comunitário. (Scarcelli, 2002).

O processo de ressocialização feito pela equipe das Residências Terapêuticas inicia-se com a desospitalização dos portadores de transtornos mentais de longa permanência, devendo esses indivíduos serem acompanhados pela equipe da Residência Terapêutica visando a preparação para a desospitalização. (Alves, 2005). É um processo de adaptação do paciente psiquiátrico, com vistas a adaptá-lo para a vida em comunidade. Tal acompanhamento deve respeitar as diferenças e a capacidade de adaptação de cada indivíduo. (Bacelar, 2006).

Após a inserção no Serviço, os indivíduos passam a ser tratados por moradores e não mais pacientes. Os profissionais de referência podem ter formação em Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional ou Enfermagem, que atuam

principalmente no acompanhamento dos moradores, bem como na orientação e supervisão dos cuidadores (Tenório, 2001).

Também é importante observar e identificar as principais dificuldades apresentadas pelos moradores, sobretudo no que tange às habilidades para atividades do dia a dia. Essas dificuldades inibem o processo de inserção social dos portadores de transtornos mentais, uma vez que as pessoas que permaneceram por um longo período internadas em hospitais psiquiátricos possuem dificuldade na interação social. Segundo Bandeira e Ireno (2002) a dificuldade nas habilidades sociais dificulta o estabelecimento de relações interpessoais, eleva o nível de estresse, inibindo o processo de inserção social dos portadores de transtornos mentais.

Portanto, faz-se necessário estudar e entender a importância da Residência Terapêutica na reestruturação da saúde mental no Brasil, especialmente no que se refere à reintegração social das pessoas com transtornos mentais que saíram de hospitais psiquiátricos.

Esse serviço acolhe essas pessoas, garantindo o respeito aos seus direitos tanto como cidadãos quanto como indivíduos capazes de viver em comunidade, sempre priorizando a qualidade de vida dos seus usuários. A atenção em saúde mental promovida pela Residência Terapêutica reflete a complexidade do processo de desinstitucionalização, já que envolve a criação de novas formas de relacionamento e abordagens em saúde mental. Isso exige uma constante reflexão e questionamento sobre os conhecimentos, normas, valores e costumes que são determinados pela cultura.

O processo de reabilitação psicossocial promovido pela Residência Terapêutica vai além do simples cumprimento de normas e leis. Esse trabalho envolve o questionamento das intervenções já estabelecidas e a promoção de novas abordagens, sempre com responsabilidade, pois nenhum conhecimento é definitivo e não existem soluções pré-concebidas para as práticas em saúde mental.

5 DA LEI 10.216/01 COMO MARCO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Lei 10.216/01 criou novo modelo de saúde mental no Brasil, reconhecendo direitos aos portadores de transtorno mental – o conceito atual da antiga doença mental.

A chamada lei antimanicomial inaugurou o direito à saúde em ambiente terapêutico com melhores condições de tratamento, com meios menos invasivos e a proibição de isolamento ou internação compulsórios para portadores de transtorno mental.

Dessa forma, a internação psiquiátrica só pode ocorrer caso haja insuficiência de recursos extra hospitalares, pessoas com transtorno mental não podem ser internadas em instituições que as submetam a tratamentos ineficazes, bem como toda internação psiquiátrica depende de laudo médico, com indicação dos motivos da internação.

A regra é o tratamento ambulatorial, com acompanhamento constante pelas equipes multidisciplinares para reavaliações. Após isso, é reavaliada a possibilidade de tratamento em liberdade ou extinção dele. A decisão de internação não suprime os direitos do portador de transtornos mentais, mas fica condicionada por avaliações frequentes da equipe competente. (Dos Santos, 2023)

Nesse passo, é bom lembrar que a Constituição consagra a dignidade da pessoa humana como um de seus princípios fundamentais, mencionado no artigo 1º, inciso III. Esse princípio reconhece que todo ser humano possui um valor inviolável, independentemente de suas características individuais, como gênero, raça, religião, condição física ou psíquica. Serve como base para garantir que todas as ações do Estado respeitem e promovam a dignidade implica na proteção de todos os outros direitos fundamentais, como o direito à vida, liberdade, igualdade e segurança.

O respeito à dignidade da pessoa humana deve ser uma preocupação permanente dos legisladores.

Nesse sentido, Mendes e Branco (2012, p. 255): “A Carta de 1988 assegura uma liberdade geral no caput do seu art. 5º e reconhece o valor da dignidade humana como fundamento do Estado brasileiro (art. 1º, III, da CF) — dignidade que não se concebe

sem referência ao poder de autodeterminação. Confirma-se o status constitucional do princípio da autonomia do indivíduo.”

Na concepção de Moraes (2009, p. 35), tal princípio é inerente à personalidade humana:

> Um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos e a busca ao Direito à Felicidade.

Nessa esteira, Novelino (2014, p. 362) concorda com a tese de Moraes, ao dizer: ”A dignidade, em si, não é um direito, mas uma qualidade intrínseca a todo ser humano, independentemente de sua origem, sexo, idade, condição social ou qualquer outro requisito. Nesse sentido, não pode ser considerada como algo relativo”.

Já Tavares (Maihofer, 1988, p. 307, apud Tavares 2012) considera difícil conceituar a dignidade da pessoa humana:

> A dignidade humana consiste não apenas na garantia negativa de que a pessoa não será alvo de ofensas ou humilhações, mas também agrega a afirmação positiva do pleno desenvolvimento da personalidade de cada indivíduo. O pleno desenvolvimento da personalidade pressupõe, por sua vez, de um lado, o reconhecimento da total auto disponibilidade, sem interferências ou impedimentos externos, das possíveis atuações próprias de cada homem; de outro, a autodeterminação que surge da livre projeção histórica da razão humana, antes que de uma predeterminação dada pela natureza”

No contexto das pessoas com transtornos mentais, esse princípio ganha uma dimensão ainda mais relevante.

A legislação brasileira atual, sobretudo pela Lei 10.216/01 reforça o direito das pessoas com transtornos mentais a uma vida digna, assegurando igualdade de oportunidades, acesso a serviços de saúde, educação, trabalho cultura e lazer.

Na prática, a dignidade da pessoa humana implica garantir que portadores de transtornos mentais possam exercer plenamente seus direitos e participar ativamente da vida em sociedade.

Cumpre observar, ainda, que a inclusão social de portadores de transtornos mentais graves é a aplicação prática do princípio da dignidade da pessoa humana, concretizada através de ações que buscam integrar essas pessoas em todos os aspectos da vida social e política, sem esquecer da conscientização da sociedade sobre o respeito e a valorização das diferenças.

Este princípio alude, ainda, ao reconhecimento da autonomia dos portadores de transtorno metal, direito garantido também pela Lei 10.142/01. Isso significa que essas pessoas têm o direito de, dentro de suas possibilidades e conforme a doença as permita, tomar decisões sobre suas vidas, incluindo informações sobre tratamento médico, sem serem submetidas a imposições de tratamentos já sabidamente ineficazes.

Apesar dos avanços legais, ainda há desafios para a plena implementação desses, especialmente no que se refere à política de saúde mental e à superação do estigma associado às doenças mentais. Dentre tais desafios, pode-se citar a falta de recursos, aqui enquadra-se o baixo investimento público, frequentemente insuficiente para atender à demanda e a descontinuidade do tratamento devido a falta desses mesmos recursos; a formação insuficiente de profissionais especializados, devendo ser lembrados aqui a escassez de cursos especializados e pouca ênfase na saúde mental na formação médica e de outros profissionais da saúde; e a resistência cultural. Estes são obstáculos que precisam ser enfrentados para garantir o cumprimento dos princípios constitucionais.

Embora as conferências tenham promovido avanços significativos, o processo de implementação das diretrizes e recomendações nem sempre foi simples. Os debates sobre a desinstitucionalização, por exemplo, ainda encontram resistência em alguns setores da sociedade e até mesmo dentro do sistema de saúde, especialmente por causa da falta de recursos adequados e da necessidade de uma maior qualificação de profissionais.

Por outro lado, essas conferências continuam sendo essenciais para enfrentar os desafios e discutir os rumos das políticas de saúde mental. Elas criam um espaço de pressão política e mobilização social, lembrando que os direitos dos usuários de serviços de saúde mental devem ser continuamente defendidos e aprimorados.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental também trouxeram à tona novos desafios que precisam ser enfrentados para garantir a plena implementação das políticas de saúde mental no Brasil. Entre esses desafios, destaca-se a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde mental em regiões onde a oferta ainda é insuficiente, como áreas rurais e periferias urbanas.

Além disso, as conferências têm sido importantes para discutir formas de combater o retrocesso nas políticas públicas, como tentativas de reverter o processo de desinstitucionalização e a reinstituição de modelos manicomiais em alguns contextos. Esses encontros reforçam continuamente o compromisso com uma abordagem baseada em direitos humanos e na inclusão social, lembrando que o caminho para garantir saúde mental de qualidade passa pela consolidação dos avanços já conquistados.

Em resumo, a dignidade da pessoa humana no contexto dos portadores de transtornos mentais é um princípio que exige não apenas reconhecimento legal, mas também ações práticas que garantam a inclusão e respeito a todos, independentemente de suas limitações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada ao longo deste trabalho permitiu compreender de forma aprofundada o direito à saúde mental no contexto da Constituição Federal e a relevância da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em primeiro lugar, o direito à saúde é garantido como um direito fundamental da Constituição, sendo assegurado a todos os cidadãos. A inclusão deste entre os direitos e garantias fundamentais demonstra o reconhecimento pelo Estado de que a saúde é condição para o exercício da cidadania plena. O tratamento dispensado à saúde mental, dentro desse contexto, destaca a importância de garantir que todas as pessoas, independentemente de sua condição, tenham acesso aos cuidados adequados. E isso vai além do tratamento de doenças; envolve a promoção de ambientes saudáveis, a garantia de serviços de qualidade e o combate ao estigma que historicamente afeta aqueles com transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica, por sua vez, representou um marco essencial na luta pelos direitos das pessoas com transtorno mental, superando o modelo manicomial que prevaleceu durante décadas. O movimento que culminou na Lei nº 10.216/2001 trouxe à discussão a importância de uma abordagem humanizada e inclusiva, buscando integrar os indivíduos ao convívio social. Essa mudança foi decisiva para que o Brasil se alinhasse aos princípios e diretrizes internacionais de saúde mental.

Ademais, a abordagem constitucional do direito à saúde mental reforça a interconexão entre os direitos fundamentais, como a dignidade da pessoa humana e o direito à liberdade. A proteção da saúde mental, portanto, não pode ser vista de forma isolada, mas como parte de um sistema que visa assegurar o pleno exercício da cidadania. Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica deve ser compreendida como uma política pública fundamental, que vai além da prestação de serviços de saúde, envolvendo uma verdadeira transformação social e cultural.

Por fim, pode-se concluir que o direito à saúde mental é mais do que um compromisso jurídico, é uma questão de justiça. A continuidade dessa transformação requer não apenas a manutenção das políticas já implementadas, mas também o fortalecimento de novas ações e iniciativas que promovam a inclusão, a proteção e o bem-estar das pessoas com transtornos mentais. Assim, o Estado brasileiro deve

seguir aprimorando suas políticas de saúde mental para garantir que esse direito fundamental seja plenamente usufruído por todos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CEZAR, Adieliton Tavares. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. IGT na Rede, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016.

ALVES, C. S. Projeto para implantação de Residência Terapêutica. Volta Redonda (RJ): Coordenação do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Saúde Municipal, 2005.

BACELAR, T. D. O modelo do serviço residencial terapêutico de Barbacena: Avaliando o processo de intervenção na residência terapêutica. III Simpósio de Saúde Mental: Pesquisar e Intervir para Transformar, 2006.

BANDEIRA, Marina; IRENO, Esther de Matos. Reinserção social de psicóticos: Avaliação global do grau de assertividade, em situações de fazer e receber crítica. Psicologia: Reflexao e crítica, v. 15, p. 665-675, 2002.

BOBBIO, Norberto. A era dos direitos. 10. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992

BRASIL, Constituição (1988), Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em

BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria. “Atuação do serviço social na saúde mental: entre os desafios e as perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva”. Revista Textos & Contextos, Porto Alegre, 2010

BREGA FILHO, Vladimir. Direitos fundamentais na Constituição de 1988: conceito jurídico das expressões. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.

BULOS, Uadi Lammêgo. Curso de Direito Constitucional, 5ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

CAMIN, Gustavo Vinícius; FACHIN, Zulmar. Teoria dos Direitos Fundamentais: primeiras reflexões. Revista Jurídica Cesumar-Mestrado, v. 15, n. 1, p. 41-54, 2015.

CAVALCANTI, M. T. Saúde Mental – Campo, Saberes e Discursos. Rio de Janeiro: IPUB – CUCA, 2005.

DE ROLEMBERG FIGUEIRÊDO, Marianna Lima; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT-ALAGOAS, v. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

DEVERA, Disete; DA COSTA ROSA, Abílio. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira. Revista de Psicologia da UNESP, v. 6, n. 1, p. 20-20, 2007.

DOS SANTOS, Juarez Cirino. A lei antimanicomial: um modelo revolucionário de saúde mental. Boletim IBCCRIM, v. 31, n. 373, p. 5-9, 2023.

FACHIN, Zulmar. Curso de direito constitucional. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2012

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. Curso de Direito Constitucional. 42ª ed. São Paulo: Editora Forense, 2022

MEDEIROS, Soraya Maria de; GUIMARÃES, Jacileide. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, p. 571-579, 2002.

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional. 6ª edição, 2011. Saraiva. São Paulo.

Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1900-2004. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. Acesso em 23 de set de 2024

MORAES, Alexandre de. Direito Constitucional, 13ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003

MORAES, Alexandre de. Direito Constitucional, 24ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009

NASCIMENTO, Tupinambá Miguel Castro do. Comentários à Constituição Federal: Direitos e Garantias Fundamentais. Porto Alegre: Editora Livraria do Advogado, 1997

NOVELINO, Marcelo. Manual de Direito Constitucional, 9ª ed. São Paulo: Editora Método, 2014

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. Bol. Da saúde, v.16, n.1, 2002

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. Curso de Direito Constitucional. 11ª ed. Editora Saraiva, 2022

SCARCELLI, I.R. Entre o hospício e a cidade: exclusão/inclusão social no campo da saúde mental. 2002. 259f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, 2002.

SILVA, José Afonso da. Curso de direito constitucional positivo, 34ª ed. São Paulo: Malheiros, 2011

TAVARES, André Ramos. Curso de Direito Constitucional, 10ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2012

TENÓRIO, Fernando. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rios Ambiciosos, 2001.

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