

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE DIREITO
DEPARTAMENTO DE DIREITO ECONÔMICO E DO TRABALHO**

Débora Fin

**A PROTEÇÃO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS
MENTAIS NO SISTEMA DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL**

Porto Alegre
2017

DÉBORA FIN

**A PROTEÇÃO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS
MENTAIS NO SISTEMA DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Direito da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul como requisito parcial
para a obtenção do grau de bacharel em
Ciências Jurídicas e Sociais

Orientadora: Professora Doutora Sonilde Kugel
Lazzarin

Porto Alegre
2017

DÉBORA FIN

**A PROTEÇÃO ÀS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS NO
SISTEMA DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à banca examinadora como
requisito parcial à obtenção do grau de
Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais
na Faculdade de Direito da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Sonilde Kugel Lazzarin - orientadora

Professora Doutora Kelly Lissandra Bruch

Professor Doutor Rodrigo Coimbra Santos

Porto Alegre

2017

Aos donos de todo o meu amor; pai e
mãe: é por vocês e para vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter sido tão bom comigo ao longo de toda minha caminhada e por ter me dado forças para suportar esse último ano. Em meio a medos, inseguranças, sustos e desânimos, Ele me mostrou que sempre há uma luz no fim do túnel, cabe apenas a nós seguirmos firmes no caminho para chegarmos até ela.

Aos meus pais, todo o amor e o maior obrigada do mundo! Vocês me fizeram ser quem eu sou, devo tudo a vocês. Obrigada pelos conselhos, pelos puxões de orelha, pelos abraços, pelos carinhos, pelos exemplos que são. Nada disso seria possível sem o apoio de vocês. Saibam que eu tenho um orgulho tão grande de vocês que nem cabe dentro de mim.

Ao resto da minha família: vocês não têm noção do quanto são especiais e eu agradeço por entenderem minhas ausências, minha ansiedade, meu nervosismo, meus surtos. Betina, Carol Fin, Carol Rocha, Kelly, Ashley, Êmili, Denner, Dinda Scheila, Isadora, Vini e Léo: vocês são os melhores primos que alguém poderia ter.

À minha orientadora, Prof. Dra. Sonilde, toda minha gratidão. Mesmo em meio a tantos afazeres, a senhora encontrou tempo para me auxiliar e me tranquilizar. Eu estava apreensiva e sem norte, e após trocarmos algumas palavras encontrei um rumo a seguir e uma mão para segurar. Obrigada!

Agradeço também àquela amiga que é mais que isso. Obrigada, Maia, por ser a irmã que eu não tive, por me guiar quando eu estava perdida, por me abraçar naqueles dias que eu estava mal, por ter me feito seguir firme quando eu pensei em desistir. Minha graduação tem a tua presença em todos os momentos, desde os que antecederam ela, e sou muito grata a ti por isso e por todo o resto. Nossa amizade é para sempre!

Aos meus colegas de faculdade: foi maravilhoso dividir minha graduação com vocês. Não consigo pensar em pessoas melhores para terem estado ao meu lado nessa caminhada. Akie, Alex, Luiza, Renata e Mônica: não quero que tenhamos estado juntos apenas nesses 5 anos; quero vocês comigo para o resto da vida.

Letícia: o meu agradecimento a ti vem somado de muito carinho e afeto. Obrigada por ser minha parceira de provas e por ter se tornado uma das minhas melhores amigas! Tu é demais!

Nicole e Thainá, vocês duas merecem um espaço especial, não só nessa homenagem, mas no meu coração. Obrigada por me ajudarem a superar os momentos mais difíceis, por estarem comigo sempre que eu precisei, comemorando minhas vitórias, me animando das derrotas e me dizendo sempre que tudo vai ficar bem.

Por fim, agradeço a todos os meus amigos, que entenderam que eu precisei estar ausente por um tempo para conseguir realizar tudo. Em especial, a ti, Camila, amiga de infância, que cresceu comigo, com quem dividi todos os momentos da minha vida, e que sempre está pronta para me ouvir e ajudar. Obrigada!

RESUMO

O presente trabalho visa analisar de que forma o Sistema Brasileiro de Seguridade Social contribui para melhorar a vida e garantir os direitos da parcela populacional acometida por doenças mentais. Esses sujeitos, que passaram anos afastados do convívio com os demais, estão, graças ao movimento de reforma psiquiátrica, saindo dos ambientes hospitalares e retornando à vida em sociedade. Contudo, eles encontram grandes dificuldades em se adaptar ao contexto atual, motivo pelo qual se torna de suma importância o trabalho de reinserção realizado pelo governo e pela sociedade. Nesse sentido, destaca-se a importância do programa “De Volta Para Casa”, que através de ações sociais visando recolocar os indivíduos na vida em comunidade, bem como do pagamento do chamado “auxílio-reabilitação psicossocial”, torna menos complicada, fora dos muros manicomiais, a nova vida dos indivíduos que sofrem com problemas de saúde mental.

Palavras-chave: Seguridade Social. SUS. Saúde Mental. Programa “De Volta Para Casa”. Auxílio-Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT

This scientific production aims to analyze how the Brazilian Social Security System contributes to improve life and guarantee the rights of the population affected by mental illness. These people, who have spent years away from socializing with others, are leaving hospital environments and returning to life in society, thanks to the psychiatric reform movement. However, it is very difficult for them to adapt to the current context, which is why the work of reintegration carried out by the government and society is of the utmost importance. For this reason, "Back Home" program is so important, which through social actions aims to reallocate individuals in community life. In the same way, the payment of the "psycho-social rehabilitation" makes the new life of individuals suffering from mental health problems, outside mental homes, less complicated.

Key-words: Social Security System. SUS. Mental Health. Program "Back Home". Psychosocial Rehabilitation Assistance.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS:

CC – Código Civil Brasileiro de 2002

CF – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

MERCOSUL – Mercado Comum do Sul

OMS – organização Mundial da Saúde

PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PRH – Programa anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica
Hospitalar

PVC – Programa “De Volta Para Casa”

RGPS – Regime Geral de Previdência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Contribuição Previdenciária de Empregados, Empregados Domésticos e Trabalhadores Avulsos – Brasil – 2017.....	27
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL	14
2.1 DEFINIÇÃO DE SAÚDE.....	16
2.1.1 Normas Internacionais.....	16
2.1.2 Legislação Nacional	17
2.2 O SISTEMA BRASILEIRO DE SEGURIDADE SOCIAL.....	18
2.2.1 Previdência Social.....	24
2.2.2 Assistência Social	28
2.2.3 Saúde.....	31
2.2.3.1 Princípios específicos da Saúde	34
2.2.3.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)	37
3 A INTEGRAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	40
3.1 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	42
3.1.1 O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil	45
3.2 MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL E A LEI Nº 10.216/01	47
3.2.1 Desinstitucionalização no Brasil: o afastamento dos manicômios	49
3.2.2 A busca por uma nova visão dos doentes mentais frente à sociedade	52
3.2.3 Preocupação com a proteção de Direitos	54
3.3 A RESSOCIALIZAÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES PSIQUIÁTRICAS.....	56
3.3.1 O auxílio-reabilitação psicossocial (Lei nº 10.708/03).....	58
3.3.1.1 Requisitos e características do benefício assistencial.....	59
3.3.1.2 Valor e duração do benefício.....	60
3.3.2 A importância do programa para os pacientes internados antes da reforma psiquiátrica.....	62
3.3.3 Críticas ao Programa “De Volta Para Casa” e a necessidade de sua ampliação.....	63
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa analisar de que forma os acometidos por doenças mentais têm assegurada a efetivação de seus direitos dentro do ordenamento jurídico brasileiro, e como se pode garantir que as condições de vida dessa parcela populacional sejam cada vez melhores. Para tanto, usa-se como base o Sistema de Seguridade Social, que surge em sua concepção atual com o advento da Constituição Federal de 1988. A proteção, de uma ou outra forma, de todos os indivíduos da sociedade, garantindo a eles a possibilidade de usufruir seus direitos mínimos e fundamentais, é feita, dentro do contexto da Seguridade Social, pelo tripé formado pela Previdência Social, pela Saúde e pela Assistência Social.

Os benefícios trazidos à população através desse sistema são, principalmente para algumas parcelas populacionais, de vital importância; é assim, por exemplo, para os indivíduos que sofrem com algum transtorno mental. Infelizmente, ainda hoje eles são deixados às margens da sociedade, sendo julgados e taxados como 'loucas', na forma mais pejorativa da palavra.

A terapêutica dada a esses indivíduos, atualmente garantida através do SUS, visa os afastar das longas internações em hospitais psiquiátricos, bem como as políticas e os programas governamentais voltados a essa parcela garantem uma vida social mais digna, fazendo com que a concepção de que os doentes mentais são cidadãos como quaisquer outros seja cada vez mais difundida.

Antigamente, as condições as quais aqueles que sofriam por problemas de saúde mental eram submetidos eram degradantes. O ambiente manicomial era atroz, não se pode afirmar que os sujeitos que lá habitavam, viviam; eles apenas existiam. Isso acontecia não só no Brasil, mas também no mundo inteiro. Em determinada época, os 'loucos' foram trancados em ambientes asilares para que não atrapalhassem o desenvolvimento social.

Felizmente, com o passar do tempo se percebe que essas formas de tratamento, além de serem torturantes, cruéis e desumanas, em nada ajudavam no desenvolvimento no doente mental. Começa-se, então, no mundo todo, movimentos que buscam reformar o ambiente nos quais essa parcela da população se encontrava, bem como de retirada dos indivíduos desses locais. No Brasil, os

movimentos de reforma psiquiátrica se iniciam por volta da década de 70, visando modificar a forma de cuidado às pessoas acometidas por transtornos mentais.

Foi principalmente a partir da promulgação da atual Carta Magna que o movimento se intensifica. O contexto trazido com o novo texto Constitucional, que veio em uma época pós-ditatorial, era formado por uma ampla garantia de direitos fundamentais, aos quais todos os brasileiros deveriam ser submetidos. Foi esse novo cenário, inclusive, que tornou possível a aprovação da Lei nº 10.216, no ano de 2001, baseada no Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, que tramitara no Congresso Nacional por longos 12 anos.

Tal documento legal, juntamente com outros acontecimentos que expandiram a concepção de necessidade de novos meios de tratamento aos doentes mentais, possibilitou a ampliação da luta pela desinstitucionalização, junto com a qual surgem atitudes do governo para sua concretização.

Dentre elas, destaca-se o surgimento do Programa “De Volta Para Casa”, que, a partir da Lei nº 10.708/03, instituiu o chamado auxílio-reabilitação psicossocial. Dessa forma, passa a ser necessária a implementação de meios que auxiliem os acometidos por transtornos mentais a retomarem suas vidas na sociedade após longos períodos internados. A intenção é justamente torná-los independentes de novo, além de dar a eles segurança para voltar a andar com os próprios pés. Uma das formas de ajuda é o benefício financeiro recebido, que, embora de valor baixo, contribui de certa forma para as necessidades básicas do indivíduo.

Para verificar o quanto a Seguridade Social, mais especificamente o SUS, auxilia na proteção dos direitos e das garantias aos doentes mentais, utiliza-se, neste trabalho, referenciais doutrinários e análises legais.

2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

Os direitos e as garantias fundamentais do cidadão, juntamente com a organização do Estado, podem ser tratados como as duas grandes e principais finalidades de qualquer Constituição.¹ Com relação ao primeiro tema, mostra-se bastante didática a definição de Juliano Taveira Bernardes e Olavo Augusto Vianna Alves Ferreira:

Direitos fundamentais são o conjunto de direitos estabelecidos por determinada comunidade política organizada, com o objetivo de satisfazer ideias ligadas à dignidade da pessoa humana, sobretudo a liberdade, a igualdade e a fraternidade.²

Para uma melhor compreensão sobre o assunto, é comum dividi-lo em três partes, comumente conhecidas como “gerações de direitos humanos fundamentais”. Nesse sentido, a primeira geração é a dos chamados direitos negativos ou de defesa, que preveem uma abstenção do Estado, na medida em que são inerentes ao cidadão (como a vida, a liberdade, a igualdade e a propriedade). A segunda geração comporta os conhecidos como direitos positivos, que pressupõem uma ação do Estado (caso da educação, da saúde, do trabalho, e da previdência). Por fim, os direitos de terceira geração compreendem os de proteção e solidariedade, sugerindo uma ação conjunta entre Estado e sociedade (abrange a paz, o meio ambiente e o amparo a crianças, idosos e deficientes).³

O direito fundamental que aqui interessa está compreendido dentro da segunda geração. Quando se faz referência ao direito à saúde, está se falando da necessidade de o Estado dar à toda a população acesso aos meios de tratamento e prevenção de doenças, haja vista que a iniciativa privada não tem condições de oferecê-los a todos⁴ - do mesmo modo que nem todos têm condições de acessar seu direito por meio da iniciativa privada.

¹ MARTINS, Ives Granda da Silva et al. **Tratado de Direito Constitucional** vol. 1. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 252

² BERNARDES, Juliano Taveira; FERREIRA, Olavo Augusto Viana Alves. Sinopses para concursos v.17 - **Direito Constitucional** tomo II. 4 ed. Salvador: Juspodivn, 2015. p. 33.

³ MARTINS, Ives Granda da Silva et al. op. cit., p. 278.

⁴ Ibidem. p. 299.

Para garantir esse direito, o Estado atua em duas principais vertentes. A primeira delas é através da manutenção de um sistema de saúde apto a atender toda a população que necessite, principalmente a parcela que não dispõe de recursos suficientes para seu tratamento médico. A segunda é regulamentando e controlando planos de saúde privados, para que aqueles que têm condições de arcar com suas despesas salutareis tenham a certeza de que não sofrerão ônus excessivos e desnecessários.⁵

O tamanho da importância desse direito é perceptível na medida em que se entende que sua preservação auxilia na garantia de diversos outros. Exemplo disso é o direito à vida, que para ser preservado, engloba elementos tanto materiais, referentes ao físico e ao psíquico do indivíduo, quanto imateriais, mais voltados ao espiritual. Para que isso seja possível, tem-se a vinculação desse com outros direitos, como, por exemplo, o da dignidade da pessoa humana, da existência, da integridade físico-corporal e da integridade moral⁶ - direitos esses que só conseguem ser plenamente assegurados a um indivíduo saudável. Assim, todos estão atrelados ao direito à saúde, pois é ela que permite a continuidade da vida e a vivência de forma plena e digna, sem sofrimentos físicos e mentais.

Resta ainda importante ressaltar que o legislador constituinte agrupou o direito à saúde no rol dos direitos sociais⁷, que podem ser entendidos como aqueles que buscam certa igualdade entre a população, criando condições para que todos os indivíduos tenham acesso aos meios básicos de subsistência, independentemente de suas condições materiais.⁸

⁵ MARTINS, Ives Granda da Silva et al. **Tratado de Direito Constitucional** vol. 1. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 279.

⁶ BERNARDES, Juliano Taveira; FERREIRA, Olavo Augusto Viana Alves. Sinopses para concursos v.17 - **Direito Constitucional** tomo II. 4 ed. Salvador: Juspodivn, 2015. p. 36.

⁷ Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 6º. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁸ BERNARDES, Juliano Taveira; FERREIRA, Olavo Augusto Viana Alves. op. cit., p. 221.

2.1 DEFINIÇÃO DE SAÚDE

A definição mais usada de saúde é a ditada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), instituição com sede em Genebra, que surgiu em 7 de abril de 1948, com a promulgação de sua Constituição. Ela afirma que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas na ausência de doença ou enfermidade”.⁹ Fica, portanto, perceptível que saúde transcende a simples falta de moléstia; para além disso, compreende equilíbrio entre corpo, alma e mente, pressupondo que o ser humano sinta-se confortável com ele mesmo.

2.1.1 Normas Internacionais

A saúde é de suma importância a todo ser humano; sem ela fica impossível viver dignamente. Justamente por isso é tema notável ao se falar de direitos humanos, assunto que não pode ser tratado sem a menção à Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada em 1948 na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. Considerada base nas lutas contra a discriminação e a opressão, por pregar que todas as pessoas são iguais¹⁰, tem a saúde pautada quando afirma que todos têm direito a assegurar, para si e para sua família, saúde e bem-estar.¹¹

Ainda no que tange às normas internacionais voltadas à saúde, a OMS prevê que é direito fundamental de qualquer ser humano estar com o melhor estado de saúde que lhe seja possível atingir, e que isso depende de uma plena cooperação entre os indivíduos e os Estados. Além disso, afirma que o governo tem responsabilidade pela saúde do povo, devendo manter medidas sanitárias e sociais

⁹ **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Disponível em: < <http://www.who.int/about/es/>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

¹⁰ PORTAL BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos garante igualdade social.** Publicado em: 4 nov. 2009. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11/declaracao-universal-dos-direitos-humanos-garante-igualdade-social>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

¹¹ Artigo 25. §1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. FRANÇA. **Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão**, de 26 de agosto de 1789. Art. 25. Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antiores-%C3%A0-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

adequadas para promovê-la.¹² Ao longo de toda sua Constituição, prevê elementos para a concretização desse direito, e serve como base, aos países signatários, para o garantir.

A Organização Internacional do Trabalho também trouxe uma importante contribuição quando o assunto é saúde. A Convenção nº 155, assinada em Genebra no ano de 1981, que trata sobre a Segurança e a Saúde dos trabalhadores, visa garantir esse direito básico a todos os trabalhadores, salientando, inclusive, que tem por objetivo, além de evitar os danos salutareos, prevenir acidentes de trabalho. Dispõe, ainda, que saúde, quando relacionada ao trabalho, vai além da ausência de doenças, compreendendo também elementos físicos e mentais do indivíduo que estejam diretamente ligados à segurança e à higiene no ambiente de emprego. Tal convenção foi promulgada no Brasil através do decreto nº 1.254/94.¹³

2.1.2 Legislação Nacional

A Constituição da República Federativa do Brasil elenca a saúde no rol dos direitos sociais, conforme já tratado anteriormente.¹⁴

Outrossim, haja vista a importância desse direito, a Carta Magna, ainda separa uma seção específica à saúde, que figura dentro do capítulo da Seguridade Social, ambos inseridos no título destinado à Ordem Social. Os artigos 196 até 200 tratam do tema e afirmam, dentre outras coisas, ser a saúde direito de todos e dever do Estado, o qual deve garanti-la. Além disso, destacam que os serviços públicos voltados à proteção da saúde devem constituir um sistema único, com suas competências e diretrizes a seguir, bem como torna expresso que a iniciativa privada pode prestar assistência à saúde.¹⁵

¹² NOVA IORQUE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, de 22 de julho de 1946. Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

¹³ BRASIL. Decreto nº 1.254, de 29 de setembro de 1994. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1254.htm>. Acesso em: 28 jun. 2017.

¹⁴ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 6º. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

¹⁵ Idem.

Com relação a dispositivos de lei infraconstitucionais, faz-se mister destacar a Lei nº 8080/90, conhecida também como Lei Orgânica da Saúde, na qual se baseia a política de saúde no Brasil. Ela traz elementos para o amparo, a promoção e recuperação da saúde, e é a partir dela que se institui o Sistema Único de Saúde no Brasil, que será tratado com mais detalhes posteriormente.¹⁶

O Acordo Multilateral de Seguridade Social do Mercado Comum do Sul também trouxe elementos importantes para o âmbito da saúde. Embora seja uma norma criada no âmbito internacional, foi ratificada pelo nosso ordenamento jurídico, tornando-se parte da legislação brasileira interna.¹⁷ A partir dele, são estabelecidas várias pautas de atuação, voltadas a harmonizar as legislações voltadas à saúde nos países membros do MERCOSUL.¹⁸

2.2 O SISTEMA BRASILEIRO DE SEGURIDADE SOCIAL

Como visto, a saúde se insere dentro do contexto da Seguridade Social, criada no Brasil na tentativa de garantir que toda a sociedade, principalmente aquela parcela que não dispõe de condições mínimas de subsistência, tenha acesso a direitos básicos para uma vida digna. Concepção semelhante pode ser encontrada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que afirma que todos têm direito à segurança social, ou seja, às garantias mínimas para o desenvolvimento da pessoa humana.¹⁹ É justamente a ideia de proteger os indivíduos, para que eles possam viver de forma tranquila, que surge a Seguridade Social, conforme afirma Sérgio Pinto Martins:

¹⁶ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Planalto**. Art. 6º. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

¹⁷ BRASIL. Decreto nº 5.722, de 13 de março de 2006. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5722.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

¹⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **MERCOSUL: A Saúde no Mercosul**. 2 ed. Brasília: MS, 2003. p. 18. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mercosul.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017

¹⁹ Art. 22. Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade.

BRASIL. **Declaração Universal de Direitos Humanos**, de agosto de 2009. Art. 22. Disponível em: < <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

A ideia essencial da Seguridade Social é dar aos indivíduos e a suas famílias tranquilidade no sentido de que, na ocorrência de uma contingência (invalidez, morte etc.), a qualidade de vida não seja significativamente diminuída, proporcionando meios para a manutenção das necessidades básicas dessas pessoas. Logo, a Seguridade Social deve garantir os meios de subsistência básicos do indivíduo [...]. Verifica-se, assim, que é uma forma de distribuição de renda aos mais necessitados, que não tenham condições de manter a própria subsistência.²⁰

A evolução do tema no ordenamento jurídico brasileiro é visível ao se analisar brevemente as antigas Cartas Magnas. Inicialmente, na Constituição de 1824, havia uma única disposição sobre o tema, que tratava acerca dos socorros públicos. Em 1891, a Constituição promulgada inovou, trazendo pela primeira vez a palavra “aposentadoria” em seu texto, referindo-se àquela voltada aos funcionários públicos que ficassem inválidos a serviço da nação. Posteriormente, a Constituição de 1934 passou a dar à União o poder de criar regras de assistência social, ao passo que aos Estados ficou garantida a fixação de normas que cuidassem da saúde e assistência pública. A CF de 1937 em nada evoluiu sobre o tema, pelo contrário; ela foi bastante sintética em relação ao assunto. Com a Carta de 1946, teve início a constitucionalização da matéria previdenciária, o que foi reproduzido, sem grandes avanços, pela Constituição subsequente de 1967, e pela Emenda Constitucional nº 1 de 1969.²¹

Por sua vez, a atual Constituição, de 1988, foi bastante minuciosa ao tratar do assunto, tanto ao inserir seus elementos dentro do contexto dos ‘direitos sociais’, quanto ao abrir capítulo próprio para a Seguridade Social, que figura dentro do Título VIII (da Ordem Social).²²

Ainda de acordo com a atual Constituição, é possível verificar que a ordem social busca dois objetivos específicos, que serão garantidos pelo trabalho e através dos quais o cidadão poderá viver com dignidade; são eles a garantia do bem-estar e da justiça social a todos²³. Nesse sentido, seguem as palavras de Wagner Balera:

²⁰ MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 33 ed. São Paulo: Atlas, 2013. p. 21

²¹ *Ibidem*, p. 7-16.

²² CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha. **Curso de Direito da Seguridade Social**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 26-28

²³ Art. 193. A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 193. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

Como partícipe do esforço nacional, espera o trabalhador alcançar satisfação e bem-estar para si e para os seus. E, consociada com o bem-estar, encontra-se esse valor superior a que todos aspiram: a justiça social. Só o bem-estar e a justiça social traduzem, na vida do homem, essas condições de dignidade a que se refere o texto da Declaração Universal, que nosso País subscreveu. Num tal contexto, irrompe a Seguridade Social como a entidade que possui a severa responsabilidade de garantir a todos quantos exercem com dignidade o trabalho que lhes incumbe um mínimo de bem-estar, nas situações que geram necessidades²⁴.

Ainda, para auxiliar na melhor compreensão do que vem a ser a Seguridade Social, é interessante verificar suas duas concepções: a comutativa e a distributiva. De acordo com a primeira, a Seguridade Social seria uma garantia de renda atrelada ao exercício de certa atividade, que será destinada a cobrir riscos catalogados antecipadamente. Ou seja, de acordo com essa concepção, o trabalhador terá direito a certas garantias prestacionais desde que exerça atividades profissionais. Nesse sentido, se diferencia da face distributiva, na medida em que essa última leva em conta as necessidades básicas do sujeito, auxiliando-o independentemente do exercício profissional.²⁵

É justamente com essa concepção distributiva que vai surgindo o princípio da Seguridade Social que é doutrinariamente conhecido como central e universal: o da solidariedade. A partir dele, toda a coletividade é responsável pela manutenção do sistema. Os que possuem maiores condições contribuem, na medida de suas possibilidades, em favor daqueles com pouco ou nenhum lucro; na prática, pode-se dizer que ocorre uma redistribuição de renda.²⁶

A CF de 1988 ainda traz uma breve conceituação do que vem a ser a Seguridade Social. Diz se tratar de ações integradas que partem dos Poderes Públicos e da sociedade.²⁷ Outrossim, tem-se presente na carta constitucional as três bases através das quais a Seguridade Social pretende alcançar seus objetivos; são elas a saúde, a previdência social e a assistência social. O surgimento desses

²⁴ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 32

²⁵ CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha. **Curso de Direito da Seguridade Social**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 30-31.

²⁶ Ibidem, p. 114

²⁷ Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 194. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

pilares pode ser considerado uma grande evolução no que tange ao papel estatal e da própria sociedade na busca pelos direitos sociais, pois compõem o sustentáculo da proteção dos indivíduos que se encontram em situações de necessidade.²⁸

É importante ressaltar que para o funcionamento pleno da Seguridade Social, sua organização precisa estar baseada em alguns princípios.²⁹ O primeiro deles é o da ‘universalidade’, que prevê a utilização do Sistema de Seguridade Social para toda a população. Ele se baseia na máxima de que, para que os objetivos da ordem social sejam atingidos (bem-estar e justiça social), é necessária a superação das desigualdades e da miséria. Além disso, caso não houvesse a aplicação das garantias a toda a coletividade, a proteção seria falha, haja vista que qualquer um pode necessitar, em algum momento, de saúde, previdência ou assistência social.³⁰

Em seguida aparece a ‘uniformidade e equivalência’, cuja previsão garante que todos os serviços e os benefícios devem ser prestados de forma igual tanto para a população urbana quanto para a rural. Seu fundamento é parecido com o do objetivo anterior, na medida em que também visa a proteção para toda a população, sem distinção.³¹

O terceiro princípio é o da ‘seletividade e distributividade’, que garante a seleção de alguns grupos de pessoas ou contingências para conferir proteção social. Deve-se ter muito cuidado ao analisá-lo, porquanto sua observância deve ocorrer sempre através da ótica dos princípios da solidariedade e, principalmente, da universalidade. A seletividade somente pode ser conferida pela própria constituição, na tentativa de garantir a igualdade material (aquela que permite que se trate de

²⁸ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 33.

²⁹ Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 194. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

³⁰ BALERA, Wagner. op. cit., p. 35.

³¹ BALERA, Wagner. op. cit., p. 36.

forma diferenciada certos grupos com necessidades específicas, para que suas peculiaridades sejam atendidas).³²

Na sequência vem a máxima da “irredutibilidade”, afirmando que os valores dos benefícios não serão diminuídos, pois tal ato faria com que a seguridade do beneficiário ficasse ameaçada.³³

Logo após, a Constituição Federal de 1988 trata da “equidade”, que supõe o custeio da Seguridade Social de forma igualitária pela sociedade e pelo Poder Público. Cabe ressaltar que não gera afronta a esse objetivo a cobrança de contribuições maiores para aqueles que notoriamente têm mais condições para tal.³⁴

O “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com participação da comunidade”, pressupõe que a comunidade precisa participar ativamente dentro do Estado, para que assim o Poder Público consiga perceber seus reais problemas e necessidades. Dessa forma, os próprios interessados auxiliam na solução dos problemas, na medida em que são chamados a fazer parte das discussões para saná-los.³⁵

Já o princípio da “diversidade da base de financiamento” prevê que a Seguridade Social é custeada através de várias fontes. Isso é importante principalmente porque traz segurança ao sistema, uma vez que na falta de determinadas contribuições por dificuldades de arrecadá-las, outras poderão suprir a deficiência.³⁶

Tal princípio tem escopo no artigo 195 da Constituição Federal de 1988, que em seus incisos traz as formas de financiamento da Seguridade Social, conforme segue:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

³² CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha. **Curso de Direito da Seguridade Social**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 115.

³³ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 40.

³⁴ Ibidem, p. 41.

³⁵ Ibidem, p. 45.

³⁶ GOES, Hugo. **Manual de Direito Previdenciário**. 8 ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2014. p. 30-31.

- a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
 - b) a receita ou o faturamento;
 - c) o lucro;
- II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;
- III - sobre a receita de concursos de prognósticos;
- IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.³⁷

Na análise desse artigo, pode-se dividir as contribuições entre previdenciárias, que são as pagas pelo empregador, incluindo o doméstico, pela empresa, pela entidade a ela equiparada, além das financiadas pelos segurados; e pelas não previdenciárias, que incluem as que incidem sobre faturamento e lucro das empresas, sobre receitas de concursos de prognósticos e pelo importador de bens ou serviços do exterior.³⁸

Ainda no que tange ao custeio da Seguridade Social, salienta-se que ele se mostra diferente ao se tratar de previdência social e ao se falar em saúde e assistência social. Na primeira, tem-se a necessidade de contribuição no momento da ocorrência do fato que gera o benefício (e em várias hipóteses, de contribuições prévias ao fato, para suprir o chamado 'período de carência'). Já na saúde e na assistência social isso é dispensável: toda a população tem direito à saúde, mesmo sem contribuir, bem como a parcela que se encontra em certos estados de necessidade pode usufruir da assistência social, sem precisar pagar.³⁹

Além do custeio, outras características da Seguridade Social merecem uma breve análise. Em primeiro lugar, tem-se que as vantagens garantidas à população abrangem todos os cidadãos, de acordo com suas necessidades - a exceção, aqui, seria a previdência social, em que os beneficiários precisam contribuir para o sistema e possuir os requisitos necessários para atingirem o benefício.⁴⁰

³⁷ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 195. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

³⁸ GOES, Hugo. **Manual de Direito Previdenciário**. 8 ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2014. p. 369.

³⁹ CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha. **Curso de Direito da Seguridade Social**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 34.

⁴⁰ CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha. **Curso de Direito da Seguridade Social**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 33

A segunda característica que merece ser evidenciada é justamente a existência dos benefícios, que são entendidos como ações que auxiliam na manutenção das condições vitais do homem. Os benefícios podem vir em forma de serviços, prestações em dinheiro ou prestação de bens úteis. Por fim, com relação a este tema dentro da assistência social e da saúde, destaca-se a existência de programas de prevenção, além dos de recuperação.⁴¹

O terceiro ponto a se ressaltar é a existência de contingência em ambas as vertentes da Seguridade Social. Tanto na previdência social, quanto na assistência social e na saúde, é indispensável a ocorrência de fato que gere a necessidade do benefício.⁴²

Assim, em suma, tem-se que a Seguridade Social prevê o pagamento de prestações por uma parcela da população (que será explicitada mais adiante), e que, pelo princípio da solidariedade, essas parcelas, juntamente com outras fontes de financiamento, auxiliam todos os indivíduos. Esses auxílios podem se dar tanto na esfera da previdência social, quanto da assistência social e da saúde, cada uma com suas peculiaridades.

2.2.1 Previdência Social

Para iniciar o estudo acerca da previdência social, é importante compreender brevemente o contexto histórico legislativo do tema. Destaca-se, em um primeiro momento, o surgimento, no ano de 1960, da Lei nº 3.807, conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que, além de criar alguns benefícios até hoje utilizados, padronizou o sistema assistencial brasileiro, criando normas que serviram de padrão para amparar todos os segurados e dependentes. No ano de 1991, foi a vez da entrada em vigor da Lei nº 8.212 (que trata do plano de custeio da Seguridade Social) e da Lei nº 8.213 (que trata acerca dos planos e benefícios da previdência social), tendo ambas sofrido alterações ao longo do tempo.⁴³ Em 1999, foi a vez do surgimento do regulamento da previdência social, que foi aprovado através do Decreto nº 3.048/99.

⁴¹ Ibidem, p. 33-34.

⁴² Ibidem, p. 34.

⁴³ GOES, Hugo. **Manual de Direito Previdenciário**. 8 ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2014. p. 6-7.

Com relação a organização da previdência social, tem-se que ela é feita através de um regime geral, com caráter contributivo e filiação obrigatória, através do qual será dada a cobertura a certas contingências elencadas previamente na Constituição Federal de 1988.⁴⁴ Por caráter contributivo entende-se a necessidade de pagamento de contribuições, que irão financiar o sistema. Dessa forma, é necessário contribuir para obter a condição de segurado e obter os benefícios após supridos os períodos de carência para tal. Com relação à filiação, ela é obrigatória para que todos aqueles que sejam amparados pelo plano contribuam com o sistema.⁴⁵

Tem-se ainda o chamado Conselho Nacional de Previdência Social, que é um órgão superior de deliberação colegiada. A ele compete traçar as diretrizes gerais e apreciar decisões políticas aplicáveis à previdência social; participar da gestão previdenciária; aprovar a criação e acompanhar a execução de planos, programas e propostas orçamentárias da previdência social, além de aplicar legislações pertinentes a ela; apreciar a prestação anual de contas; elaborar seu próprio regimento interno; e estabelecer valores mínimos em litígio.⁴⁶

⁴⁴ Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a:

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

II - proteção à maternidade, especialmente à gestante; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 201. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁴⁵ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 107-108. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁴⁶ MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 33 ed. São Paulo: Atlas, 2013. p. 296-297.

Com relação aos sujeitos protegidos pela previdência social, o direito pátrio os denomina “beneficiários”. Ainda, permite que qualquer pessoa física possa assumir tal posição, seja como segurado, seja como dependente.⁴⁷

Por dependente entende-se aquele que tem seu vínculo junto à previdência atrelado ao do segurado, perdendo sua proteção no momento em que o segurado também a perde. Eles se dividem em três classes: na primeira figuram cônjuge, companheiro e filhos não emancipados menores de 21 anos, deficientes ou inválidos; a segunda, que só é agraciada caso não haja membros da primeira, é formada pelos pais; a terceira, que para obter o benefício não deve colidir com as outras duas é a composta pelos irmãos não emancipados menores de 21 anos, deficientes ou inválidos. Cabe salientar que uma mesma pessoa física pode ser, ao mesmo tempo, segurado e dependente.⁴⁸

Já o segurado é o indivíduo que está filiado ao Regime Geral de Previdência Social, podendo este ser contribuinte obrigatório ou facultativo – a inserção em uma ou outra categoria depende, respectivamente, do exercício ou não de atividade remunerada. Quanto aos obrigatórios, sua filiação é obrigatória por lei, independentemente de vontade. Em suma, são os empregados em geral, os empregados domésticos, o contribuinte individual (autônomos e equiparados), o trabalhador avulso (o que presta serviço a diversas empresas, sem vínculo empregatício, mas com intermediação do sindicato ou da categoria) e o segurado especial (o que exerce, individualmente ou em regime de economia familiar, atividades de produtor rural).⁴⁹ Já com relação aos facultativos, como o próprio nome diz, a filiação ao Regime depende de vontade. É possível para maiores de 16 anos que contribua e não se enquadre em nenhuma das situações dispostas no artigo 11 da lei nº 8213/91 (que é justamente o que traz os segurados obrigatórios). Para nos auxiliar, o legislador previu um rol exemplificativo de segurados facultativos, encontrado no art. 11 do Decreto nº 3.048/99, dentre os quais figuram o síndico de condomínio que não é remunerado, o estudante, o bolsista, o estagiário, entre outros tantos.⁵⁰

⁴⁷ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 95.

⁴⁸ GOES, Hugo. **Manual de Direito Previdenciário**. 8 ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2014. p. 72

⁴⁹ Ibidem, p. 77-79.

⁵⁰ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 141. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

No que tange às contribuições mensais dos beneficiários, tem-se alíquotas progressivas, que variam conforme o valor salarial que será a base da contribuição. Sendo assim, pela tabela do ano de 2017, tem-se:

Tabela 1 – Contribuição Previdenciária de Empregados, Empregados Domésticos e Trabalhadores Avulsos – Brasil – 2017

Salário de Contribuição	Alíquota
Até R\$ 1.659,38	8%
De R\$ 1.659,39 até R\$ 2.765,66	9%
De R\$ 2.765,67 até R\$ 5.531,31	11%

Fonte: Previdência Social⁵¹

Aos contribuintes individuais e aos facultativos, a alíquota é sempre de 20%, incidindo sobre o valor salarial entre R\$ 937,00 e R\$ 5.531,31. Em 2007, contudo, com o advento do Decreto nº 6.042, criou-se o chamado Plano Simplificado de Previdência, que seria uma forma de incentivar contribuintes individuais a contribuírem com a previdência social. A eles, estaria sujeita uma alíquota de 11% sobre o salário mínimo, dando-os direito a todos os benefícios previdenciários, à exceção da Aposentadoria por Tempo de Contribuição. Ainda, cabe a eles a faculdade de, em um momento posterior, complementar o pagamento com os 9% restantes e terem acesso a esse benefício que fica excluído com o pagamento do Plano Simplificado.⁵²

Uma das categorias previstas como contribuinte facultativo é a dos domésticos que exercem atividade em sua própria residência, os chamados “donos de casa”. Sobre eles, ressalta-se que houve uma alteração com o advento da lei nº 12.470/11. Ela facilitou a inclusão desta classe no Regime Geral de Previdência Social, desde que sejam provenientes de famílias de baixa renda (com renda mensal até dois salários mínimos). Com a inscrição da família no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), a contribuição paga pelo indivíduo que trabalha em seu próprio lar passa a ser de apenas 5% sobre o salário

⁵¹ PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Tabela de contribuição ao cidadão**. Disponível em < <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/gps/tabela-contribuicao-mensal/>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁵² Idem.

mínimo.⁵³ Também pela lei supracitada, essa mesma alíquota é aplicada ao Microempendedor Individual (MEI).

Por fim, destaca-se a existência de dois tipos de regimes previdenciários: o público e o privado. O primeiro se divide no já mencionado Regime Geral de Previdência Social e nos regimes próprios, voltados aos servidores públicos e militares.⁵⁴ Já o último tem um caráter complementar, não se vincula ao RGPS⁵⁵, e está submetido à Lei Complementar nº 109/01, que prevê que a previdência privada, também conhecida como previdência complementar. É de contribuição facultativa, e está submetida ao crivo do poder estatal⁵⁶.

2.2.2 Assistência Social

No que tange à assistência social, cabe ressaltar que suas dimensões são mais amplas do que as da Previdência Social, haja vista que tem como sua principal tarefa auxiliar a população carente, promovendo melhores condições de vida a toda parcela da sociedade que necessitar, não importando contribuições – o que significa dizer que a prestação de seus serviços independe de contribuição por parte daqueles que irão usufruí-los.⁵⁷

A interpretação referida alhures pode ser retirada do ‘caput’ do artigo 203⁵⁸ da Constituição da República Federativa do Brasil, que em seus incisos nos traz os

⁵³ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 142. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁵⁴ Idem.

⁵⁵ Art. 202. O regime de previdência privada, de caráter complementar e organizado de forma autônoma em relação ao regime geral de previdência social, será facultativo, baseado na constituição de reservas que garantam o benefício contratado, e regulado por lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 202. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁵⁶ BRASIL. Lei Complementar nº 109, de 29 de maio 2001. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp109.htm>. Acesso em: 23 jun. 2017.

⁵⁷ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 111

⁵⁸ Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social [...].

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 203. Disponível em: <

objetivos da assistência social, quais sejam: proteger a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice; amparar as crianças e adolescentes carentes; promover a integração ao mercado de trabalho; habilitar, reabilitar e integrar deficientes; e garantir um salário mínimo mensal aos portadores de deficiência e aos idosos que não tenham condições de se manter.⁵⁹

Através dos objetivos elencados na Carta Constitucional percebe-se que a assistência social não tem apenas uma face assistencialista, focando-se somente em prestar auxílio provisório e momentâneo. Para além disso, a intenção é que ela transforme a vida do necessitado, inserindo-o na comunidade através do recebimento de prestações que o tornam menos desigual, podendo passar a concorrer igualmente a cargos para exercer atividades que garantam sua subsistência.⁶⁰

A proteção dada pode ser dividida em dois âmbitos principais, quais sejam, a proteção social básica – que são os serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que têm a intenção de prevenir situações em que a população está vulnerável e correndo risco social – e a proteção social especial – os serviços, programas e projetos que têm por intuito reconstruir vínculos com a família e com a sociedade e defender direitos.⁶¹

Há também previsões infraconstitucionais a respeito do tema. Nesse sentido, importante destacar a Lei nº 8.742, também conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que facilita nossa concepção acerca da matéria ao afirmar, em seu artigo 1º, que “a assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”.⁶²

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaoconsolidado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁵⁹ Idem.

⁶⁰ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 404. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁶¹ GOES, Hugo. **Manual de Direito Previdenciário**. 8 ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2014. p. 769-770

⁶² BRASIL. Lei nº 8,742, de 7 de dezembro de 1993. **Planalto**. Art. 1º. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 23 jun. 2017.

O fato de a assistência social se voltar à parte mais carente da população é exatamente o que justifica seus beneficiários não precisarem contribuir. Se a parcela auxiliada da população está o sendo justamente por não ter o mínimo necessário para sua sobrevivência, parece irracional que se exija dela uma cobrança.⁶³ O custeio daquilo que é prestado é feito principalmente através dos recursos da Seguridade Social, além de receber recursos de outras fontes⁶⁴, dentre as quais pode-se destacar o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), que foi instituído como tal pela Lei nº 8742/93 – anteriormente era conhecido como Fundo Nacional de Ação Comunitária (FNAC), que fora criado pelo Decreto nº 91.970/85.⁶⁵

Mais uma vez fica clara a importância do princípio da solidariedade no que tange à Seguridade Social como um todo. Aqui, ele se insere na medida em que as contribuições recolhidas do restante da sociedade auxiliarão como fonte de renda utilizada para amparar quem nada tem.⁶⁶

Os beneficiários, porém, que não contribuem e recebem auxílio mesmo assim, não podem ser qualquer pessoa. Apenas será favorecido pela assistência social e seus programas, projetos e benefícios aqueles que estejam abaixo de certa linha de pobreza, que se encontrem absolutamente carentes e em real estado de necessidade⁶⁷.

Em 2011 surge a Lei nº 12.435, que altera a já mencionada Lei Orgânica da Assistência Social. Um dos principais acréscimos que ela trouxe foi a nova redação do artigo 6º da Lei nº 8.742/ 93, que trata da forma de organização da gestão das

⁶³ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 115.

⁶⁴ Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 204. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁶⁵ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 405. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁶⁶ BALERA, Wagner. **op. cit.**, p. 115

⁶⁷ Ibidem, p. 150.

ações da assistência social. Ela será feita através de um sistema descentralizado e participativo, chamado de Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁶⁸, que será composto pelos entes federativos, pelos conselhos de assistência social e por entidades e organizações de assistência social.⁶⁹

Como instâncias deliberativas do Sistema Único de Assistência Social, conforme o artigo 16 da Lei nº 8.742/93, tem-se, com caráter permanente e composição paritária entre governo e sociedade civil, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), os Conselhos estaduais de Assistência Social (CEAS), o Conselho de Assistência Social do Distrito Federal (CASDF) e os Conselhos municipais de Assistência Social (CMAS).⁷⁰

Ainda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social, há os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência especializada de Assistência Social (CREAS). O primeiro se encontra no âmbito municipal, em áreas com grandes índices de vulnerabilidade social, e se vincula a prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais dentro de seu território, buscando a proteção básica às famílias; é ele quem confere a já citada proteção social básica. Já o último, pode ter gestão tanto municipal, quanto estadual, e se volta a prestar serviços relacionados a situações de risco pessoal ou social, em que haja eminente violação de direitos, demandando intervenções especializadas e uma proteção especial; através dele se consubstancia a proteção social especial.⁷¹

2.2.3 Saúde

Como referido anteriormente, a saúde é um direito fundamental, reconhecido dentro da esfera dos direitos sociais. É assegurada a todos os indivíduos, ao mesmo

⁶⁸ Art. 6º. A gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas), com os seguintes objetivos: (Redação dada pela Lei nº 12.435, de 2011)

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 23 jun. 2017.

⁶⁹ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 407. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁷⁰ BRASIL. op. cit., loc. cit.

⁷¹ LEITÃO, André Studart; MEIRINHO, Augusto Grieco Sant'Anna. **Manual de Direito Previdenciário**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2015. p. 118

tempo em que é um dever do Estado.⁷² Tanto é forte essa prerrogativa de que a garantia da saúde é dever do Estado que, na falta do serviço ou na configuração de dano ao usuário, o Poder Público pode sofrer indenizações.⁷³

É dever Estatal, portanto, proporcionar políticas sociais e econômicas eficazes à redução de enfermidades.⁷⁴ Percebe-se que, no cumprimento da tarefa de levar saúde à coletividade, as políticas públicas podem se basear tanto na esfera social quanto na econômica. A primeira delas prevê a execução de programas que combatam epidemias, o cuidado básico e a proteção e recuperação dos acometidos por enfermidades. À segunda, por sua vez, incumbe investir em programas voltados à alimentação e nutrição, à higiene e ao saneamento básico, possibilitando que os sujeitos estejam menos propensos ao acometimento de doenças.⁷⁵

Ainda, incumbe ao Estado, também, a garantia de acesso a todos, de forma universal e igualitária, às ações e aos serviços que buscam promover, proteger e recuperar a saúde.⁷⁶ Sendo assim, ele deve providenciar socorro a todos aqueles que se encontram em situação que ameace sua saúde ou em que ela já tenha sido prejudicada, não podendo negar assistência a alguém. É justamente essa garantia de acesso universal à saúde que corrobora a tese de que para que um membro da sociedade tenha esse direito perfectibilizado, ele não precisa necessariamente estar filiado e contribuindo para o sistema.⁷⁷ O custeio vem dos fundos oriundos da Seguridade Social.⁷⁸

⁷² 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. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 196. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁷³ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 88. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁷⁴ BRASIL. Constituição (1988). op. cit., loc. cit.

⁷⁵ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 74

⁷⁶ BRASIL. Constituição (1988). op. cit., loc. cit.

⁷⁷ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 87. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁷⁸ BALERA, Wagner. op. cit., p. 73.

Com relação ao controle, regulação e fiscalização das ações voltadas à saúde, a responsabilidade cabe ao Poder Público.⁷⁹ Essas ações são importantes para que se atinja o bem-estar coletivo, e, dada sua relevância, faz-se necessário que sejam reguladas por normas estatais que estejam de acordo com o contexto de Seguridade Social, dentro do qual a saúde está inserida.⁸⁰ Cabe salientar que as ações do Estado no que diz respeito a prestar garantia ao direito à saúde se dão por meio de serviços.⁸¹

Ainda buscando uma melhor concretização do direito à saúde para a população, as atuações para garanti-lo são destinadas não só ao Estado, mas também aos particulares.⁸² Justamente por isso que há a garantia da livre iniciativa privada no que tange à saúde. Dessa forma, é possível que entidades particulares participem do Sistema Único de Saúde de forma complementar, desde que observando o disposto na lei.⁸³

Para uma melhor compreensão de como funcionam as políticas acerca da saúde no Brasil, torna-se imprescindível a análise da Lei nº 8.080/90, que auxilia a Carta Magna no que tange a proteger, promover e recuperar a saúde. Além disso, ela é a base para a organização e o funcionamento dos serviços voltados ao tema, bem como é de suma importância ao se tratar do Sistema Único de Saúde, assunto que posteriormente será melhor abordado.⁸⁴

⁷⁹ 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. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 197. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁸⁰ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 75

⁸¹ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 88. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁸² BALERA, Wagner. op. cit., p. 75.

⁸³ BRASIL. Constituição (1988). op. cit., loc. cit.

⁸⁴ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 jun. 2017.

2.2.3.1 Princípios específicos da Saúde

Os princípios compõem tema fundamental a qualquer estudo jurídico, não podendo ser diferente quando o assunto é o direito à saúde. O Estado, em sua função de garantidor deste direito, deve observar alguns pressupostos legais. Para tanto, ele precisa respeitar os princípios previstos infraconstitucionalmente ao mesmo tempo em que age de acordo com as diretrizes constitucionais.⁸⁵

Cabe salientar que o aqui ressaltado se sujeita não apenas às instituições públicas prestadoras de serviços de saúde, mas também aos serviços privados, sejam eles contratados ou conveniados ao Sistema Único de Saúde.⁸⁶

O estudo iniciará tratando das diretrizes constitucionais.⁸⁷ A primeira delas é a “descentralização”, a partir da qual se organizam os serviços executados. Eles se

⁸⁵ Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:
I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
VIII - participação da comunidade;
IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Planalto**. Art. 7º. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 jun. 2017.

⁸⁶ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 97. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁸⁷ 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;

arranjam de forma hierárquica e regional, sendo que cada uma das esferas de governo tem uma direção única. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem competência Federal para dirigir o sistema, as respectivas Secretarias da Saúde o fazem em âmbito estadual e distrital, e nos municípios a tarefa é da Secretaria Municipal de Saúde.⁸⁸

Na sequência, há o “atendimento integral”, que busca atender ao todo do indivíduo, tratando de sua saúde de forma completa. Na promoção dessa máxima, o Estado trabalha realizando atividades preventivas, aplicando medidas que visam diminuir o risco de doenças, erradicar certas moléstias e controlar epidemias. Ao mesmo tempo, trabalha com serviços assistenciais, não esquecendo da importância, também, das atividades curativas.⁸⁹

A terceira e última diretriz prevista constitucionalmente é a “participação da comunidade”, a partir da qual os cidadãos podem dar sua opinião acerca das questões que consideram prioritárias ao setor da saúde – como são os mais próximos ao serviço, ninguém melhor para averiguar as necessidades. É tarefa da sociedade, também, cobrar eficiência na realização das ações.⁹⁰

No que concerne aos princípios previstos na Lei Orgânica da Saúde⁹¹, tem-se novamente previstas as três diretrizes constitucionais já mencionadas, quais sejam, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade.

Além disso, alguns já foram citados quando do tratamento dos princípios da assistência social. O primeiro deles é o da “universalidade”, que dá a garantia de assistência – nesse caso, voltada à proteção salutar - a toda a população. Já a “igualdade da assistência à saúde” pode ser explicada sob a ótica do mencionado

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 198. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁸⁸ SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. p. 98. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

⁸⁹ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 79-81.

⁹⁰ Ibidem, p. 74.

⁹¹ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Planalto**. Art. 7º. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 jun. 2017.

princípio da equidade, levando-se em conta, contudo, que aqui a igualdade é relacionada ao tratamento idêntico de toda a população frente ao SUS, sem que se dê para alguns privilégios ou que se trate outros de forma preconceituosa.

Como novidade, há o princípio da “preservação da autonomia das pessoas”, que garante ao paciente o cuidado e o respeito para com sua vontade. Muitas vezes o procedimento ao qual o enfermo deve ser submetido não é de seu agrado; nesses casos, seu anseio deve ser levado em conta.

Outrossim, a informação tem espaço importante quando o assunto são as concepções ligadas à saúde. Primeiro, ela está voltada a “informar ao paciente sobre sua saúde”, que garante ao assistido a ciência exata de seu estado. Em um segundo momento, ela é vinculada a “informar sobre os serviços de saúde e sua utilização”, para que o paciente tenha noção dos serviços que pode utilizar e dos locais que os prestam.

Outro princípio que rege o sistema de saúde no Brasil é a “utilização da epidemiologia para estabelecer prioridades”. Com o estudo epidemiológico, ou seja, sobre qual a incidência e a frequência de determinada doença em determinado local, fica mais fácil para o poder público planejar a melhor forma de agir e de distribuir seus recursos.

Tem-se também a necessidade de “integrar as ações de saúde com as voltadas ao meio ambiente e ao saneamento básico”. Isso se mostra extremamente eficaz no combate às doenças, pois é de conhecimento de todos que viver em um meio ambiente equilibrado e com condições sanitárias básicas, diversas doenças podem ser evitadas.

Para um melhor atendimento de toda a população, a Lei nº 8.080/90 prevê também a “conjugação de recursos para prestação dos serviços”. Dessa forma, todos os entes federativos auxiliam na captação de fundos, tanto financeiros quanto tecnológicos, e no recolhimento de materiais necessários para o desempenhar das funções e de trabalho humano capacitado.

Outro princípio importante é o da “capacidade de resolução dos serviços”, a partir do qual surge a necessidade de preparo, por parte do setor da saúde, para

auxiliar os enfermos que chegam até o sistema pedindo auxílio a resolver seus problemas.

Há também o princípio da “organização dos serviços evitando a duplicidade de meios para fins idênticos”. A partir dele, conclui-se que as ações promovidas para beneficiar a saúde devem ser unificadas, sua realização deve ser feita de forma igual em todo o Estado brasileiro, para que a unicidade do sistema de saúde não seja violada.

Por fim, salienta-se o princípio mais recente de todos, acrescentado em março de 2017 à Lei Orgânica da Saúde. Ele prevê um “atendimento específico e especializado para vítimas de violência doméstica”. A essas vítimas, portanto, é imprescindível o auxílio correspondente, que visa tanto o atendimento quanto o acompanhamento psicológico e, se necessária, a realização de cirurgias plásticas que reparem eventuais cicatrizes deixadas pelo agressor.

2.2.3.2 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Os serviços voltados à saúde formam um sistema único e integrado que faz parte de uma rede regional e hierárquica.⁹² Essa unicidade do sistema faz com que seja difícil tratar do tema ‘saúde’ sem falar, concomitantemente, do meio através do qual ele é levado até a população: o Sistema Único de Saúde.

O SUS pode ser definido, através do artigo 4º da Lei nº 8.080/90, que afirma que ele é “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.⁹³

É competência desse sistema tratar, de uma só vez, da cura e da prevenção das doenças, da saúde ocupacional, da alimentação, da higiene e do meio

⁹² BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 198. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁹³ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Planalto**. Art. 4º. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 jun. 2017.

ambiente, além de garantir os medicamentos que porventura venham a ser necessários para o indivíduo.⁹⁴

As ações do Sistema Único de Saúde são prestadas pelos órgãos e pelas instituições públicas federais, estaduais e municipais, pela Administração direta e indireta e pelas fundações mantidas pelo Poder Público. Salienta-se que a iniciativa privada pode participar também, desde que em caráter complementar.⁹⁵

Compete ao SUS controlar e fiscalizar processos, produtos e substâncias que sejam de interesse da saúde, além de participar da produção de medicamentos, equipamentos e outros insumos; promover a vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as voltadas à saúde do trabalhador; formar recursos humanos na área da saúde; formular políticas de saneamento básico; aumentar o desenvolvimento científico e tecnológico; fazer o controle nutricional de alimentos e bebidas para consumo da população; controlar e fiscalizar a produção, o transporte e o armazenamento de substâncias psicoativas, tóxicas e radioativas; e proteger o meio ambiente.⁹⁶ Esse rol não define prioridades, sendo assim, a realização desses preceitos deve se dar conforme surgirem as carências mais evidentes.⁹⁷

As atribuições do sistema estão previstas no art. 4º da Lei nº 8.080/90, enquanto seus objetivos figuram no art. 5º da mesma lei.⁹⁸

Com relação ao financiamento do Sistema Único de Saúde, o artigo 198 da CF, em seu § 1º, faz referência ao artigo 195 do mesmo texto legal, indicando, portanto, que os recursos provêm do orçamento da Seguridade Social, somado a investimentos dos entes federativos e outras fontes.⁹⁹

Para finalizar, é imprescindível destacar o artigo 3º da Lei nº 8.080/90, que em seu parágrafo único afirma que o direito à saúde não se volta apenas às ações que

⁹⁴ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 73

⁹⁵ GOES, Hugo. **Manual de Direito Previdenciário**. 8 ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2014. p. 787.

⁹⁶ BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 200. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁹⁷ BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989. p. 91.

⁹⁸ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Planalto**. Arts. 4º e 5º. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

⁹⁹ BRASIL. Constituição (1988) op. cit., loc. cit.

dizem respeito as condições de bem-estar físico social, mas também àquelas concernentes às qualidades mentais do indivíduo.¹⁰⁰

Assim, percebe-se que ao se falar em saúde, torna-se imprescindível lembrar que um indivíduo, para viver de forma plena, precisa estar bem, além de com seu corpo, com sua mente. Tratar dores físicas esquecendo-se de dar atenção ao psicológico não costuma ser eficiente, pois uma coisa está diretamente ligada à outra. Nesse sentido, é extremamente importante dar atenção à saúde mental, falar sobre o tema e buscar formas de auxiliar quem sofre com problemas ligados a ele.

¹⁰⁰ BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. op. cit., loc. cit.

3 A INTEGRAÇÃO DOS DOENTES MENTAIS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Para uma melhor compreensão de como se chegou à situação atual no que tange aos doentes mentais, faz-se mister entender como foi a evolução do tratamento social – e assistencial – dado a eles.

Na Idade Clássica, os hospitais psiquiátricos funcionavam como verdadeiras hospedarias. Na verdade, não eram apenas os ‘loucos’ que ficavam asilados nestas instituições, mas também todos aqueles marginalizados pela sociedade, que eram vistos como afronte à lei e à ordem social (como os leprosos, os ladrões, as prostitutas, entre outros). Não se pretendia isolar os doentes mentais para os tratar, mas sim para os afastar do resto da sociedade, da mesma forma que ocorria com os demais excluídos, na tentativa de melhorar as situações política, econômica e social da época.¹⁰¹

Posteriormente, ao final do século XVII e início do século XVIII, com o advento da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão e do Contrato Social, insurgiu-se uma nova ordem social, passando-se a uma reflexão acerca da liberdade das pessoas. Dessa forma, o modelo de tratamento dos doentes mentais, bem como o próprio conceito de loucura tiveram que ser revistos. É nessa época que começam a surgir os manicômios. Além disso, a psiquiatria passa a ser vista como especialidade médica, tratando de forma diferenciada os variados tipos de ‘loucura’ existentes. Eram, portanto, proibidas as formas de privação de liberdade sem garantias jurídicas. É nesse contexto que a reclusão dos doentes mentais deixa de ser vista como uma exclusão, passando por mudanças até chegar ao grau terapêutico.¹⁰²

Foi inaugurada, então, uma institucionalização do doente mental baseada em conhecimentos médicos, sendo que a organização do espaço hospitalar ficava a cargo desses profissionais. É o movimento de transformação dos hospitais a

¹⁰¹ AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 24.

¹⁰² DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 16-17.

instituições medicalizadas, deixando de serem meras instituições de exclusão e assistência para ser um local de disciplina, ordem e tratamento.¹⁰³

O surgimento dos manicômios se deu com três funções principais. A primeira delas era a médica, cuja eficácia já era discutida desde o início da utilização deste tipo de enclausuramento como tratamento. A segunda era uma função social, servindo principalmente como asilo dos doentes mais humildes, que precisavam de um ambiente que os tutelassem. O terceiro e último era a de proteger a sociedade.¹⁰⁴

É nesse período que se passa a compreender que existem vários tipos de doentes mentais, e, para os médicos da época, o que todas tinham em comum era a necessidade de isolamento. Só assim teriam condições de observar melhor os sintomas presentes em cada uma delas, para posterior descrição das moléstias. Não interessava descobrir a origem da moléstia no organismo do indivíduo, apenas os sinais apresentados, para fins de agrupamento das doenças.¹⁰⁵

Analisando essa forma de ação frente aos doentes mentais, fica claro que muito embora os manicômios tenham surgido para garantir um espaço adequado aos que necessitam, eles acabaram por continuar privando os enfermos de muitos de seus direitos e de sua liberdade. Além disso, sofriam com severos regulamentos de ordem e com tratamentos que, ao invés de garantirem melhoras, deixavam os enfermos na posição de meras cobaias, de objetos de saberes e práticas em busca do entendimento médico para as doenças mentais.¹⁰⁶

Não demorou muito para que os problemas dessa nova ordem começassem a surgir. Por volta da metade do século XVIII, os manicômios já se encontravam massificados. Para se ter uma ideia, era comum um único médico ter que cuidar de cerca de 400 pacientes. Estava-se chegando ao entendimento coletivo de que essa prática de asilar os 'loucos' não era eficaz. Contudo, concomitantemente a esses acontecimentos dá-se o estopim da Revolução Industrial. Com as máquinas substituindo as manufaturas, o número de desempregados aumentou, o que gerou uma crise no sistema econômico, principalmente nos grandes centros urbanos, onde

¹⁰³ AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 24-25.

¹⁰⁴ DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 19

¹⁰⁵ AMARANTE, Paulo (Coord.). op. cit., p. 25.

¹⁰⁶ Ibidem, p. 25-26.

o índice de mendicância e marginalidade cresceu, bem como o número de pessoas dependentes de cuidado. Assim, novamente aumenta a ânsia pelo retorno do enclausuramento elevado, acabando com as ideias desinstitucionalizadoras que vinham florescendo e ganhando espaço.¹⁰⁷

3.1 BREVE HISTÓRICO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

É o período pós-guerra que torna forte o projeto de reforma psiquiátrica na contemporaneidade. É nessa época que se volta a tecer fortes críticas à instituição asilar, principalmente pelo fato de haver grandes contradições entre o que a psiquiatria aplicava dentro dos hospitais e o projeto talhado pela medicina mental, voltado à terapia-assistencial. Dessa forma, os movimentos que começam a surgir questionam tanto o papel dos asilos quanto o saber psiquiátrico.¹⁰⁸

É justamente nesse período que floresce a maior tolerância para com as diferenças e as minorias, e juntamente com isso cresce a ideia de que os hospitais psiquiátricos deveriam ser modificados ou extintos. Atrelado a isso, começaram as descobertas de medicamentos psicotrópicos e a psicanálise ganhou espaço, dando mais força aos movimentos de reforma psiquiátrica.¹⁰⁹

O primeiro movimento que merece destaque é o das comunidades terapêuticas. Ele previa uma modificação das instituições psiquiátricas, realizada através de medidas administrativas e coletivas. A intenção era modificar a dinâmica dos manicômios, que se encontravam em terríveis condições, cuja realidade era um contexto de desrespeito aos direitos humanos e de total violência. Essas ações, em um contexto pós Segunda Guerra Mundial, tornam-se inaceitáveis perante a comunidade, surgindo extrema necessidade de reparar tais condutas imediatamente. O ambiente asilar, com as características que lhe vinham sendo peculiares, mais agravava as doenças do que auxiliava os doentes.¹¹⁰

Nesse contexto das comunidades terapêuticas, surge também uma nova forma de tratamento: a terapia ocupacional. Ela propunha que a assistência aos

¹⁰⁷ DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 19-20.

¹⁰⁸ AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 27.

¹⁰⁹ DESVIAT, Manuel. op. cit., p. 23.

¹¹⁰ AMARANTE, Paulo (Coord.). op. cit., p. 28.

doentes mentais fosse prestada por meio de uma série de serviços que substituiriam os manicômios. Dessa forma, o foco passaria a ser a pessoa em si, não tão somente os sintomas e a doença.¹¹¹

Outro movimento que teve bastante força foi o da psiquiatria de setor. Ele também surge no contexto pós-guerra, mais precisamente na França, quando um grupo de psiquiatras, em contato com o ambiente manicomial, perceberam as condições em que se encontravam e reivindicaram uma mudança. A ideia foi de retirar os indivíduos dos ambientes asilares e os inserirem em hospitais situados em determinadas áreas geográficas e sociais. Assim, os doentes mentais seriam enquadrados naquele local que melhor os remetesse às suas origens, facilitando a adequação de uns com os outros. Além disso, essa medida deixaria o enfermo mais próximo de sua comunidade, sendo tratado com uma equipe médica multidisciplinar composta por pessoas que já o tratava anteriormente nos hospitais que costumava frequentar.¹¹²

Essa ideia não obteve sucesso, encontrando resistência por parte de certos grupos de intelectuais, bem como pela ideia da sociedade de que uma possível invasão dos enfermos nas ruas pudesse trazer perigo. Surge, então, a psiquiatria preventiva, que tinha como objetivo central não apenas ir atrás das causas e do surgimento das doenças, mas aplicar uma política de saúde mental que evitasse que as doenças mentais chegassem a acometer as pessoas. A possibilidade de prevenção toma espaço a partir da ideia de que as doenças mentais estão ligadas com distúrbios emocionais; sendo assim, ao mesmo tempo em que se auxiliaria a população a superar seus problemas emocionais, estar-se-ia lutando contra o início de novas doenças.¹¹³

A inserção dessa concepção assume grande relevância na medida em que se passa a promover saúde mental para toda a população, não apenas para alguns indivíduos isolados. Assim, a terapêutica passa a ser coletiva, não mais individual.

¹¹¹ MÂNGIA, Elisabete Ferreira. **Contribuições da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental.** Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 127-134, 2002. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13907/15725>>. Acesso em: 25 jul. 2017. p. 131

¹¹² AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p.34-35.

¹¹³ Ibidem, p. 36-37.

Além disso, ela toma um caráter preventivo, que vai além daquele meramente assistencial. Tem-se a construção de um projeto social por meio da psiquiatria.¹¹⁴

Sobre o primeiro período, pautado pelas comunidades terapêuticas e pela terapia ocupacional, e acerca da segunda fase, caracterizada pela psiquiatria de setor e pela psiquiatria preventiva, afirma Paulo Amarante:

Existem dois grandes períodos, nos quais são redimensionados os campos teórico-assistenciais da psiquiatria. O primeiro período é marcado por um processo de crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação. A questão central deste período encontra-se referida, ainda, à crença de que o manicômio é uma 'instituição de cura', e torna-se urgente resgatar esse caráter positivo da instituição através de uma reforma interna da organização psiquiátrica. [...] O segundo período é marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-o com o objetivo de prevenir e promover a 'saúde mental'. Este segundo momento é representado pelas experiências de psiquiatria de setor (França) e psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA).¹¹⁵

Por fim, importante ressaltar o surgimento da chamada antipsiquiatria, movimento que criticava fortemente as formas violentas pelas quais as doenças mentais eram tratadas. Os adeptos a essa forma de pensamento questionavam o cerne psiquiátrico, ao mesmo tempo em que negavam que as formas de tratamento vigentes eram eficazes. Ainda, acreditavam que a loucura era algo construído, que fora fabricada pelos discursos dominantes.¹¹⁶

Percebe-se que há vários movimentos distintos de reforma psiquiátrica, com nomenclaturas e ideias diferentes, contudo, todos têm em comum a crítica a estrutura então vigente. Parece consenso que a forma com que os doentes mentais eram tratados antes dessa busca por mudanças não surtia efeitos.

Para uma melhor compreensão desses períodos de reforma psiquiátrica, faz-se mister destacar brevemente a experiência italiana, que serviu de base para movimentos ao longo do mundo todo.¹¹⁷

¹¹⁴ AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 22.

¹¹⁵ Ibidem, p. 21-22.

¹¹⁶ OLIVEIRA, Willian Vaz de. **A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria**. Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan./mar. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009 >. Acesso em: 25 jul. 2017.

¹¹⁷ AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 45.

O marco inicial naquele país tem como cenário o hospital psiquiátrico da cidade de Gorizia, na Itália. Em 1961, o médico psiquiatra Franco Basaglia assumiu a direção do manicômio italiano e em um primeiro momento transformou-o em uma comunidade terapêutica. Logo após, Basaglia percebeu as limitações que isso trazia para o avanço dos enfermos. Propôs, então, retirar o doente mental do isolamento, levando-o para o convívio social.¹¹⁸

Com o tempo, contudo, percebe-se que o simples afastamento não era suficiente, o que fez com que a reforma psiquiátrica ampliasse suas metas. Não se podia simplesmente tirar o doente mental dos manicômios, sem se preocupar com seu sofrimento psíquico, era necessário cuidar dele, para que pudesse viver da forma mais digna possível. Assim, as lutas pela reforma psiquiátrica passaram a prever a criação de serviços alternativos que auxiliassem na reinserção do doente mental na sociedade e na melhoria de seu bem-estar.¹¹⁹

Apesar dos esforços de Basaglia, não foi possível a concretização do tão almejado fim do hospital de Gorizia. Ele conquistou seu objetivo de reinserir os doentes mentais na sociedade anos mais tarde, ao chegar em Trieste e dar início ao processo de fechamento manicomial. Iniciou-se uma substituição do tratamento nos manicômios por uma rede territorial de atendimento, a partir da qual havia serviços de auxílio comunitário, emergências psiquiátricas dentro dos próprios hospitais gerais, centros de convivência e os chamados “grupos-apartamento” (moradias assistidas nas quais os doentes mentais poderiam residir), além das cooperativas de trabalho. Isso tornou possível atuar, ao mesmo tempo, com os cuidados necessários aos enfermos e com a sua ressocialização; essa experiência foi usada como base para diversos movimentos de reforma psiquiátrica, e deixou Basaglia mundialmente conhecido por seus ideais.¹²⁰

3.1.1 O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil

¹¹⁸ DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 42.

¹¹⁹ Ibidem, p. 44-45.

¹²⁰ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Conferência enfoca sistema de saúde mental em Trieste**. Publicado em: 15 out. 2007. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/6666> >. Acesso em: 25 jun. 2017.

O contexto no qual se insere o processo de reforma psiquiátrica brasileira é o de afastamento dos manicômios e de toda a violência que os envolvia. Foi a crise pela qual os hospitais psiquiátricos estavam passando, somada a ideia de busca dos direitos pertencentes aos doentes mentais, que fez eclodir esse processo político e social.¹²¹

No final dos anos 70 o Brasil acompanhou a formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que iniciou efetivamente os trabalhos em prol da reforma psiquiátrica nacional, inicialmente de forma mais genérica, denunciando o modelo utilizado na época (predominantemente asilar) e elaborando alternativas baseadas na desinstitucionalização, ao mesmo tempo em que tece críticas ao saber psiquiátrico.¹²²

A base do movimento eram as ideias de Franco Basaglia, principalmente por terem caráter ferrenhamente políticas e por criticarem os estudos psiquiátricos e as funções desempenhadas pelos técnicos no assunto.¹²³

Acontecimento importante para a luta brasileira da reforma psiquiátrica ocorreu em 1989, com o surgimento do Projeto de Lei nº 3.675, de autoria do Deputado Paulo Delgado. A proposta previa a substituição de todos os hospitais psiquiátricos por outras formas de assistência, e é dada como um marco importante dentro do âmbito de reforma psiquiátrica no Brasil, haja vista que foi a partir dela que os debates acerca das doenças mentais tomaram destaque no cenário público nacional.¹²⁴

No ano de 1990 surge a Declaração de Caracas, que pode ser vista como o marco inaugural da reforma psiquiátrica na maioria dos países ibero-americanos, e que tem grande importância nos movimentos reformáticos brasileiros. Ela aclamou a importância da promoção de recursos terapêuticos e da formação de um sistema garantidor dos direitos dos doentes mentais (ou seja: trata da necessidade de

¹²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 25 jun. 2017. p. 6.

¹²² AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 13.

¹²³ Ibidem, p. 20-21.

¹²⁴ Ibidem, p. 19.

afastamento dos manicômios ao mesmo tempo que prega a importância de medidas alternativas de cuidados, justamente o que a Reforma Psiquiátrica pretende).¹²⁵

No início da década de 90, o advento da CF e do SUS, somados ao Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, começam a inspirar diversos movimentos sociais, fazendo surgir as primeiras leis, em vários estados do Brasil, que previam a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental.¹²⁶

Ainda nesse período, em 1992, em Brasília, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, um encontro de profissionais dos mais diversos setores para tratar do tema, debatendo quais seriam os objetivos, os princípios e as estratégias que seriam utilizados no movimento de reforma psiquiátrica. A base para tanto foi pautada nas diretrizes do Projeto de Lei já mencionado.¹²⁷

No ano de 2001, após 12 anos tramitando no Congresso Nacional, a Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado foi sancionada. Ela, somada à realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, traz novos rumos à reforma psiquiátrica nacional, e faz com que a saúde mental no Brasil tenha maior visibilidade.¹²⁸

3.2 MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL E A LEI Nº 10.216/01

Como visto, a Lei nº 10.216 apenas foi aprovada em 2001, passando por um longo período de tramitação desde o advento do Projeto de 1989. Ela, contudo, acabou por produzir efeitos antes mesmo de sua aprovação, pois, como visto, fora utilizada na busca pelos ideais da Reforma Psiquiátrica.¹²⁹

¹²⁵ DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 135-136

¹²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 25 jun. 2017. p. 8

¹²⁷ DESVIAT, Manuel. op. cit., p. 136 e 146.

¹²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 25 jun. 2017. p. 8-9.

¹²⁹ BRITO, Emanuele Seicenti de; VENTURA, Carla Aparecida Arena. **Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação Brasileira**. Revista de

O que fora sancionado, na realidade, não é o projeto original, mas sim um substitutivo, com certas modificações expressivas. Em seu cerne, a lei traz uma nova visão de assistência à saúde mental, visando tratamentos comunitários, além de auxiliar na proteção de direitos dos doentes mentais.¹³⁰

A lei é curta, contendo apenas 13 artigos, mas representa um passo gigante na luta pelos direitos dos portadores de doenças mentais, traçando um modelo assistencial a ser seguido no que se refere à saúde mental.¹³¹ Ela traz uma série de direitos inerentes às pessoas com transtornos mentais, como:

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

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

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

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

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

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

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

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.¹³²

Esses incisos dispensam explicações, na medida em que falam por si só. Aqui começa-se realmente a pensar com mais veemência na proteção dos doentes mentais, a vê-los como seres humanos de fato e de direito, dando-lhes as garantias que lhe são essenciais. Com isso, visa-se também melhorar a visão do indivíduo

Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 13, n. 2, pg 41-63, jul./out. 2012. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56228/59440> >. Acesso em: 26 jul. 2017. p. 52

¹³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf >. Acesso em 25 jun. 2017. p. 8-9

¹³¹ BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm >. Acesso em: 26 jun. 2017.

¹³² Idem.

frente à sociedade, fazendo-a compreender que todos são iguais e merecem ser tratados de forma digna.

Outra medida importante trazida pela Lei nº 10.219/01 é a que diz ser de responsabilidade estatal desenvolver políticas de saúde mental, bem como garantir sua promoção aos que necessitam.¹³³ Outrossim, a lei afirma que institucionalização do enfermo apenas acontecerá nos casos em que o tratamento fora do hospital não seja suficiente.¹³⁴

3.2.1 Desinstitucionalização no Brasil: o afastamento dos manicômios

Para entender o motivo pelo qual a desinstitucionalização é tão importante, faz-se mister destacar quais eram as condições a que os doentes mentais se submetiam quando estavam dentro dos hospitais psiquiátricos.

A realidade pode ser compreendida ao se analisar o que acontecia, antes dos movimentos de reforma psiquiátrica se iniciarem, por trás dos muros do maior hospício do Brasil, situado na cidade de Barbacena, em Minas Gerais. Estima-se que cerca de 60 mil pessoas foram mortas naquele local; a grande maioria, internada a força. Ao chegar no hospital psiquiátrico, os pacientes tinham seus cabelos raspados, suas roupas arrancadas e seus nomes esquecidos, sendo rebatizados pela equipe do local. Passavam frio e fome, eram espancados, violentados e submetidos a eletrochoques. Mostrou-se totalmente necessário acabar com essa realidade chocante.¹³⁵

¹³³ Art. 3º. É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 26 jun. 2017. Art. 3º.

¹³⁴ Art. 4º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 26 jun. 2017. Art. 4º, caput.

¹³⁵ ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. 1 ed. Geração Editorial: São Paulo, 2013. Disponível em http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Holocausto_brasileiro_vida_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf>. Acesso em 27 jun. 2017. p. 13-15

Justamente por isso, e seguindo a lógica estabelecida pela Lei nº 10.216, de que cabe ao Estado promover políticas públicas voltadas à saúde mental, surgem ações para diminuir a quantidade de leitos em hospitais psiquiátricos, bem como para retirar os indivíduos de dentro daquelas instituições. Esses movimentos, que se inserem dentro do contexto de reforma psiquiátrica, tiveram início nos anos 90, ganhando maior força no início dos anos 2000. O SUS e o Ministério da Saúde têm um papel importante quando se trata da desinstitucionalização, haja vista que possibilitaram a criação de programas como o “De Volta Para Casa” – de grande relevância no que tange à reinserção dos doentes mentais na sociedade.¹³⁶

Outro ponto importante é a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), que são casas situadas em locais urbanos voltadas a suprir as necessidades de moradia dos doentes mentais, sejam eles egressos dos manicômios ou não. Essa ideia é de suma importância pois, além de auxiliar no tratamento dos necessitados, garante a eles seu direito básico à moradia, auxiliando-os em sua reintegração social. A intenção é justamente garantir a autonomia dos moradores, sendo estes auxiliados por um cuidador, que apoia decisões e dirime conflitos e dilemas.¹³⁷

Outro instrumento de luta pelo fim dos manicômios que merece destaque é o Programa Nacional do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), que surgiu em 2002, visando vistoriar os hospitais psiquiátricos brasileiros. Através de avaliações, o PNASH/Psiquiatria mostrava quais as instituições que tinham os maiores problemas, gerando uma pontuação classificatória.¹³⁸

Para melhor entender como esse programa funciona, é importante observar a homologação, no final do ano de 2016, do resultado final do PNASH/Psiquiatria 2012/2014. As vistorias realizadas nesse período fizeram com que os hospitais

¹³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 25 jun. 2017. p. 10-15

¹³⁷ Ibidem, p. 15-16.

¹³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação -Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatrica.pdf >. Acesso em 26 jun. 2017. p. 29-30

psiquiátricos com índices inferiores a 40% (e que não chegaram ao mínimo de 61% após reavaliação) fossem indicados para descredenciamento. Ficam, portanto, incumbidos os gestores aos quais competem tais instituições de suspender novas internações naquele local, além de efetuar a desinstitucionalização necessária, fazendo com que os indivíduos que sejam retirados passem a ter assistência de acordo com o disposto pela Rede de Atenção Psicossocial, e não fiquem integralmente dentro dos hospitais psiquiátricos.¹³⁹

Importante destacar, também, a criação, em 2004, do Programa anual de Reestruturação de Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH), que tem por objetivo diminuir progressivamente os leitos hospitalares. A partir disso, a intenção é que se tenha uma mudança significativa na forma de assistência aos doentes mentais, sem esquecer de garantir uma transição tranquila. O PRH traz limites de redução anual de leitos por classes hospitalares, sendo que os hospitais entre 200 e 320 leitos deveriam reduzir, no mínimo, 40 leitos por ano; já os hospitais entre 320 e 440 leitos deveria extinguir 80 leitos anuais; e os hospitais com mais de 440 leitos poderiam chegar a uma redução de até 120 ao ano.¹⁴⁰

Embora ainda haja um longo caminho a percorrer, o PRH já trouxe grandes avanços. Em 2004, ano em que ele foi instituído, o Brasil tinha uma estimativa de 45.814 leitos do SUS em Hospitais Psiquiátricos. Em 2014, 10 anos depois, o número caiu para 25.988 (uma redução de quase 45%). Com essas mudanças, aumentou também o número de hospitais psiquiátrico considerados de pequeno porte (até 160 leitos), indo de 34% do total, em 2004, para quase 49% em 2014.¹⁴¹

¹³⁹ BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014.** Portaria n. 1.727, de 24 de novembro de 2016. Disponível em < <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/novembro2016/dia28/portaria1727.pdf> >. Acesso em 26 jun. 2017.

¹⁴⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007--2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf >. Acesso em 26 jun. 2017. p. 30.

¹⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12,** Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48 p. Disponível em < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> >. Acesso em 26 jun. 2017. p. 28-29

Há, contudo, até hoje, muitas oposições à desinstitucionalização, quase sempre encontradas na camada da sociedade que lucra com as doenças mentais. Empresários de hospitais psiquiátricos, corporações psiquiátricas e até mesmo indústrias farmacêuticas, todos estes muitas vezes sem nem compreender do que se está referindo ao falar de afastamento manicomial, são contrários ao movimento pelo simples fato de acreditarem que deixarão de lucrar com isso.¹⁴² Parecem esquecer que do outro lado se está tratando da vida de pessoas, que precisam de uma ajuda eficaz para melhorarem e viverem de forma digna.

De fato, sabe-se que a retirada dos portadores de doenças mentais do ambiente asilar não é algo simples. É justamente por isso que se tem grande cuidado na hora de fazer a reinserção social do paciente. O SUS, pensando nisso, trabalha através de uma rede de atenção à saúde mental, que tem base comunitária. É um trabalho conjunto não apenas de questões voltadas à saúde, mas também relacionadas com a autonomia do indivíduo e a cidadania, proporcionando ao doente mental a vida digna e inclusiva a que tem direito dentro da sociedade.¹⁴³

3.2.2 A busca por uma nova visão dos doentes mentais frente à sociedade

A desinstitucionalização, uma das bases da reforma psiquiátrica, tem como um de seus objetivos a melhoria da vida dos doentes mentais, o que significa afirmar que, ao ser pauta de luta dos reformistas, não se está querendo abandonar os doentes mentais, mas sim os ajudar a ter uma vida mais digna.¹⁴⁴

Antes desse movimento de retirada dos 'loucos' do ambiente asilar, eles não eram considerados cidadãos, haja vista não serem reconhecidos como sujeitos racionais e com vontade própria. A exclusão deles, além de ser perpetuada pela sociedade como um todo, era inclusive praticada pela própria família – tão

¹⁴² AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 19

¹⁴³BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em 25 jun. 2017. p. 25-26.

¹⁴⁴ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. op. cit., loc. cit.

fortemente que acabaram, por anos, sendo os hospitais psiquiátricos, agindo na função de instituição familiar, que definiam os rumos da vida dos doentes mentais.¹⁴⁵

Ao longo dos anos, teve-se a predominância de uma visão estigmatizada dos portadores de enfermidades mentais, o que os excluía cada vez mais da sociedade, obrigando-os a viver às margens. O tratamento fazia (e ainda faz) com que os indivíduos sejam rotulados, e que a palavra 'louco' seja utilizada de forma pejorativa.¹⁴⁶

O estigma dado aos doentes mentais vem principalmente do pouco conhecimento acerca do assunto, o que causa preconceito e discriminação, afastando-os, inevitavelmente, do convívio social. Justamente por isso, para que se continue mudando essa visão errônea que ainda persiste dentro da sociedade, mostra-se necessário que se trate cada vez mais sobre saúde mental, proporcionando à população informações acerca do tema.¹⁴⁷

A reforma psiquiátrica trouxe uma pequena evolução no que tange ao pensamento social acerca dos doentes mentais, justamente por promover debates e discussões sobre o assunto. Além disso, o modelo que é proposto pelo movimento aproxima os indivíduos enfermos de suas famílias e do restante da sociedade, que acabam por ajudar nos cuidados, e essa aproximação acaba mostrando o quanto os 'loucos' são seres humanos como quaisquer outros e o quanto é possível conviver com eles de forma normal.¹⁴⁸

¹⁴⁵ BIRMAN, Joel. **A cidadania tresloucada**, pg 71-90. In BEZERRA JR., Benilton & AMARANTE, Paulo Duarte (orgs.). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 81.

¹⁴⁶ MACIEL, Silvana Carneiro et al. **Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico**. *Revista Trends in Psychology – Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jun. 2011. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015 >. Acesso em: 26 jul. 2017.

¹⁴⁷ JORGE, Miguel Roberto. **Estigma**. Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. Disponível em < <http://www.abrebrasil.org.br/web/index.php/esquizofrenia/estigma> >. Acesso em: 26 jul. 2017.

¹⁴⁸ MACIEL, Silvana Carneiro et al. **Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico**. *Revista Trends in Psychology – Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jun. 2011. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015 >. Acesso em: 26 jul. 2017.

3.2.3 Preocupação com a proteção de Direitos

Como ficou nítido, os moldes aos quais os doentes mentais eram submetidos antes dos movimentos de reforma psiquiátrica não garantiam uma vida digna. Retiravam deles grande parcela de sua cidadania e de seus direitos, impedindo-os, inclusive, de conviverem com os demais indivíduos dentro da sociedade.¹⁴⁹

Manter o doente mental preso dentro de uma instituição de certa forma totalitária faz com que o espaço pessoal do indivíduo seja brutalmente invadido.¹⁵⁰ Ele fica dependente de outras pessoas, perdendo sua autonomia na medida em que se submete a agir conforme imposto.

Justamente por isso a desinstitucionalização ficou tão latente nos movimentos reformáticos. Além disso, outro ponto bastante destacado foi a necessidade de assistência psiquiátrica ao doente mental. Contudo, o movimento não para por aí, ele busca sempre melhorar a vida dos acometidos pelas enfermidades, dando à 'loucura' uma nova visão dentro da sociedade e garantindo aos enfermos todos os seus direitos.¹⁵¹

No Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica anda ao lado do retorno da democracia. A busca pelos direitos dos acometidos por doenças mentais ficou mais forte nos anos 80, momento de superação da ditadura militar e de redemocratização. Viu-se que era chegada a hora de abolir as formas de exclusão dos enfermos e os ver como cidadãos iguais a todos os outros¹⁵², pois, como afirma Birman, "não existe nos 'loucos' nenhuma falta a ser preenchida para se transformarem em sujeitos da razão e da vontade".¹⁵³

¹⁴⁹ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 14.

¹⁵⁰ DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 41.

¹⁵¹ BIRMAN, Joel. **A cidadania tresloucada**, pg 71-90. In BEZERRA JR., Benilton & AMARANTE, Paulo Duarte (orgs.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 72

¹⁵² OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. **Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, jan./mar. 2005. Disponível em <

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a20v10n1.pdf> >. Acesso em: 25 jul. 2017. p. 194-195

¹⁵³ BIRMAN, Joel. op. cit., p. 88.

Em 2008 o Brasil ratificou a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo¹⁵⁴, o que proporcionou um grande avanço no que tange à garantia de direitos aos doentes mentais – que acabam se enquadrando na categoria de deficientes por disposição deste mesmo documento. O propósito desta convenção é “promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente”.¹⁵⁵ A garantia de direitos pode ser ligada à noção de cidadania, porquanto a plenitude dessa compreende a titularidade de direitos civis, políticos e sociais.¹⁵⁶

Com relação aos direitos sociais, destaca-se a busca pelo tratamento adequado para todos, serviços psicossociais e residenciais na medida de suas necessidades, garantia de emprego, auxílios específicos que garantam suas necessidades diferenciadas, entre outros.¹⁵⁷ Além disso, o já mencionado artigo 2º da Lei 10.219/01 traz uma série de direitos próprios das pessoas com deficiências mentais¹⁵⁸; é uma luta por direitos especiais, que garantirão ao doente mental o suprimento de algumas necessidades típicas de suas condições e os deixarão em condições de igualdade para com o restante da população.

Na esfera dos direitos civis, uma das metas da reforma psiquiátrica é acabar com a segregação e com o estigma social que o ‘louco’ tem frente a sociedade. A intenção é proporcionar a recuperação da capacidade de decisão do doente mental sobre sua própria vida.¹⁵⁹ Nesse sentido, recentemente ocorreu um grande avanço, proporcionado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência¹⁶⁰ (contexto em que, como

¹⁵⁴ BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm >. Acesso em: 25 jun. 2017.

¹⁵⁵ Idem.

¹⁵⁶ OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, jan./mar. 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a20v10n1.pdf> >. Acesso em: 25 jul. 2017. p. 193

¹⁵⁷ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reinvenção da Cidadania, Empowerment no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários**, pg. 169-194. In AMARANTE, Paulo (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 200. Disponível em < <http://static.scielo.org/scielobooks/htgij/pdf/amarante-9788575413197.pdf> >. Acesso em 25 jul. 2017. p. 177

¹⁵⁸ BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm >. Acesso em: 26 jun. 2017. Art. 2º.

¹⁵⁹ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. op. cit., loc. cit.

¹⁶⁰ BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm >. Acesso em: 25 jun. 2017.

já explicitado, insere-se o acometido por enfermidades mentais). Ele traz uma série de medidas que visam promover a inclusão social dessa parcela da população.

Uma das mudanças mais significativas que essa lei trouxe foi a nova redação do artigo 3º da Lei nº 10.406/02 (o Código Civil Brasileiro), que trata da capacidade civil.¹⁶¹ A redação antiga do CC trazia os deficientes mentais no rol dos absolutamente incapazes. Com a mudança, o inciso que continha tal disposição foi revogado, tornando o doente mental capaz para os atos da vida civil.

Essa modificação é um ótimo exemplo de que a busca pelos direitos está em curso e surtindo efeito. É, também, um passo importante frente ao processo de mudança da visão dos deficientes mentais frente a sociedade, haja vista que no momento em que eles passam a ser considerados capazes, a sociedade começa a os ver dessa forma.

3.3 A RESSOCIALIZAÇÃO DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES PSIQUIÁTRICAS

Com a desinstitucionalização, muitos indivíduos que ficaram internados por longos períodos têm a chance de sair do ambiente de enclausuramento e voltar para a vida em sociedade. O tempo que cada um passou em condições asilares varia de caso para caso, contudo uma coisa é comum entre todos: ao sair, ficam sem norte, com dificuldades de retomar o convívio e seguir sua vida. É justamente por isso que a reforma psiquiátrica prevê a necessidade de auxílio na reinserção social do doente mental, bem como que o governo invista em formas de fazer isso acontecer do jeito menos oneroso possível para o cidadão.

A própria Lei nº 10.216/01 prevê a importância de auxílio aos que retornam do ambiente hospitalar:

Art. 5º. O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de

¹⁶¹ BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm>. Acesso em: 25 jun. 2017. Art. 3º

instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.¹⁶²

Observado o disposto nesse artigo e em face do estímulo recebido pela Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde cria o Programa De Volta Para Casa (PVC). Ele atua em dois vieses principais: de um lado, o pagamento de uma bolsa mensal ao acometido pelo transtorno mental, chamada de auxílio-reabilitação psicossocial (que será tratado mais adiante); de outro, busca acompanhar os indivíduos em seu retorno à sociedade, na tentativa de facilitar o convívio com o restante da população, sendo também uma forma de auxiliar na garantia da cidadania do portador de transtorno mental.¹⁶³

Uma das intenções do PVC é justamente oferecer ao indivíduo a possibilidade de construir seu próprio dia-a-dia, trabalhando com uma série de estratégias e de cuidados que auxiliem na emancipação do sujeito, transformando-o em autônomo e proporcionando-lhe qualidade de vida. É justamente por isso que a ajuda vai muito além de encontrar espaços físicos para que o indivíduo se insira; é necessário que ele seja acolhido, que possa se comunicar com as pessoas qualificadas que irão lhe ajudar, bem como com o restante da sociedade, estabelecendo, assim, um vínculo com o ambiente ao seu redor.¹⁶⁴

Todo esse processo forma um ciclo. Inicialmente, o sujeito sai do ambiente asilar e recebe acompanhamento para sua reinserção. A partir do momento em que isso ocorre de forma plena, o indivíduo permanece bem e não precisa retornar ao hospital, continuando sua vida em sociedade. Dessa forma, percebe-se que o sistema funciona e se consegue retirar outras pessoas do ambiente manicomial. Ou seja: a desinstitucionalização faz surgir a necessidade do PVC, e o PVC faz aumentar a contingência de desinstitucionalizados.

Tanto a esfera municipal quanto a estadual e a federal têm responsabilidades no que tange à realização do programa. Aos gestores do SUS a nível municipal cabe

¹⁶² BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017. Art. 5º

¹⁶³ FREIRE, Flávia Helena M. A. et al. **O “programa de volta pra casa” no campo da saúde coletiva e saúde mental: estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial**. Catussaba – Revista Científica da Escola da Saúde da universidade Potiguar, Natal, ano 2, n. 1, p. 51-62, out. 2012/ mar. 2013. Disponível em < http://portal.unp.br/arquivos/pdf/institucional/edunp/catussaba_a2n1.pdf >. Acesso em: 27 jul. 2017. p. 56-57.

¹⁶⁴ Ibidem, p. 56-58.

dar continuidade ao tratamento em saúde mental e aos programas que facilitam a vida do sujeito fora dos hospitais; cadastrar os beneficiários do programa e fazer o encaminhamento ao Ministério da Saúde; acompanhar os beneficiários. Em âmbito estadual cabe acompanhar as ações dos municípios no que concerne ao programa; confirmar a aptidão do município para se inserir ao programa; analisar as solicitações de benefícios que forem indeferidas pelos municípios; fazer a articulação entre os hospitais psiquiátricos e os municípios no que tange a possíveis beneficiários. Por fim, a nível Federal cabe cadastrar os municípios habilitados a participar do programa; organizar e consolidar os cadastros dos beneficiários; monitorar o programa; definir as prioridades de inclusão de beneficiários; julgar recursos vindos dos municípios ou estados; processar a folha mensal de pagamento aos beneficiários e construir a Comissão Gestora do programa.¹⁶⁵

3.3.1 O auxílio-reabilitação psicossocial (Lei nº 10.708/03)

A partir do PVC, surge o auxílio-reabilitação psicossocial, principal benefício do programa, que tem sua regulamentação na Lei nº 10.708/03. Ele visa auxiliar a reintegração social do paciente com transtornos mentais que estava internado em hospitais psiquiátricos.¹⁶⁶

Os recursos que provêm do auxílio-reabilitação psicossocial, ainda que correspondam a um valor baixo, servem como incentivo à reinserção na sociedade, haja vista que proporcionam ao usuário certa autonomia financeira. Ele se torna um pouco mais independente, e passa a participar da circulação de riquezas e de consumo dentro da sociedade.¹⁶⁷

¹⁶⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. “**De Volta para Casa**”: **manual do programa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2003. Disponível em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf >. Acesso em 27 jun. 2017. p. 1-2

¹⁶⁶ Art. 1º. Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Planalto**. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017. Art. 1º

¹⁶⁷ FREIRE, Flávia Helena M. A. et al. O “**programa de volta pra casa**” no campo da saúde coletiva e saúde mental: **estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial**. Catussaba – Revista Científica da Escola da Saúde da universidade Potiguar, Natal, ano 2, n. 1, p.

Para que um indivíduo que possui as características necessárias para ser beneficiado pelo auxílio de fato o seja, é necessária aderência, pelo município em que ele reside, ao PVC, mediante uma solicitação ao Ministério da Saúde. Após, o sujeito solicita à prefeitura sua entrada no programa, e o município o inscreve. Além dele, podem requerer a inscrição, sempre em favor do ex-interno, seu representante legal ou a equipe médica que o acompanha. Quando finalizada a inscrição, o solicitante passa a receber o auxílio.¹⁶⁸

3.3.1.1 Requisitos e características do benefício assistencial

Os critérios para receber o auxílio-reabilitação psicossocial podem ser encontrados na Lei nº 10.708/03. Para que alguém possa usufruir do benefício precisa ter ficado internado por um período de dois anos ou mais, precisa consentir em se submeter às regras do programa, sua situação clínica não pode justificar sua permanência em hospitais psiquiátricos e precisa estar sendo assistido pela rede de saúde local ou regional.¹⁶⁹

No que tange ao período necessário de dois anos de internação, salienta-se que não contam os períodos passados em orfanatos, instituições de amparo social, bem como internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeadas pelo SUS. Os períodos passados em Hospitais de Custódia e Tratamento

51-62, out. 2012/ mar. 2013. Disponível em < http://portal.unp.br/arquivos/pdf/institucional/edunp/catussaba_a2n1.pdf >. Acesso em: 27 jul. 2017. p. 56-60

¹⁶⁸ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **De Volta para a Casa: Programa de transferência de renda do Governo Federal**. Disponível em: < <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/programa-de-volta-para-casa/Paginas/default.aspx> >

¹⁶⁹ Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:
I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;
II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;
III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;
IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017. Art. 3º

Psiquiátrico, bem como em Serviços Residenciais Terapêuticos contam como tempo de internação.¹⁷⁰

Com relação ao local em que o ex-interno irá habitar após sua saída do hospital psiquiátrico, salienta-se que não é preciso, necessariamente, que retorne ao lar de sua família; ele pode estar morando em algum residencial terapêutico, por exemplo, que ainda assim terá direito ao benefício.¹⁷¹

A assistência a qual o indivíduo que deseja ser beneficiado pelo auxílio precisa se submeter ocorre a nível municipal ou regional. O município destinará uma equipe multissetorial que apoiará o sujeito, garantindo cuidados de saúde e auxílio na manutenção dos seus direitos. Essa equipe deve seguir as estratégias para acompanhar o beneficiário e avaliar de forma regular a reintegração dele na sociedade. É recomendado, também, a emissão de relatórios trimestrais acerca do acompanhamento prestado, para verificar os avanços dos objetivos.¹⁷²

3.3.1.2 Valor e duração do benefício

No início, quando do surgimento da Lei nº 10.708, em 2003, o valor estipulado para o benefício era de R\$ 240,00¹⁷³, podendo ser reajustado pelo Executivo. Atualmente, o valor aumentou um pouco, passando para R\$ 412,00.¹⁷⁴

¹⁷⁰ Art. 3º. § 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Planalto**. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017. Art. 3º, §§ 1º, 2º e 3º.

¹⁷¹ FREIRE, Flávia Helena M. A. et al. **O “programa de volta pra casa” no campo da saúde coletiva e saúde mental: estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.**

Catussaba – Revista Científica da Escola da Saúde da universidade Potiguar, Natal, ano 2, n. 1, p. 51-62, out. 2012/ mar. 2013. Disponível em <

http://portal.unp.br/arquivos/pdf/institucional/edunp/catussaba_a2n1.pdf >. Acesso em: 27 jul. 2017. p. 56-58.

¹⁷² BRASIL. Ministério da Saúde. op. cit., p. 5.

¹⁷³ Art. 2º. § 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Planalto**. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017. Art. 2º, §1º.

O pagamento ocorre mensalmente¹⁷⁵ e é repassado ao próprio beneficiário – a menos que ele esteja incapacitado de exercer seus atos civis, casos em que será entregue ao representante legal.¹⁷⁶ Ele é feito através da instituição financeira Caixa Econômica Federal, seja por intermédio de agências ou de algum correspondente bancário.¹⁷⁷

O benefício pode ser renovado após um ano de recebimento¹⁷⁸, caso ainda necessite dele para se reabilitar. Essa necessidade é verificada por uma avaliação da equipe de saúde local que tem o acompanhado no processo de reinserção. A equipe encaminha o relatório ao Ministério da saúde até 60 dias antes do final de vigência do benefício, sendo necessário, para sua renovação, a justificativa dos motivos.¹⁷⁹

Por fim, pode haver a suspensão do benefício no caso de o paciente retornar à internação hospitalar, ou ainda nos casos em que se verifica que as metas pretendidas com o programa foram alcançadas.¹⁸⁰ Outrossim, o auxílio também será interrompido quando da morte do beneficiado.¹⁸¹

¹⁷⁴ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **De Volta para a Casa: Programa de transferência de renda do Governo Federal**. Disponível em: < <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/programa-de-volta-para-casa/Paginas/default.aspx> >. Acesso em: 27 jun. 2017.

¹⁷⁵ Art. 2º. O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei. BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017. Art. 2º.

¹⁷⁶ Art. 2º. § 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017. Art. 2º, §2º.

¹⁷⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **“De Volta para Casa”: manual do programa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2003. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf >. Acesso em 27 jun. 2017. p. 6.

¹⁷⁸ Art. 2º. § 3º. O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017. Art. 2º, §2º.

¹⁷⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. op. cit. p. 7.

¹⁸⁰ Art. 4º. O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017. Art. 4º

¹⁸¹ Art. 5º. O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017. Art. 5º.

3.3.2 A importância do programa para os pacientes internados antes da reforma psiquiátrica

Os ambientes hospitalares aos quais os pacientes eram submetidos, como visto, ao invés de ajudá-los a ter uma vida melhor apenas retirava deles a vontade de viver, principalmente quando se analisa a realidade a qual os acometidos por doenças mentais viviam. Eles perdiam sua identidade, eram torturados e sujeitos a condições chocantes. Não eram, de forma alguma, tratados como seres humanos.

Após longos períodos de internação, é natural que os indivíduos, ao saírem dos hospitais, sintam-se perdidos, e é justamente nesse momento que se percebe a importância do programa “De Volta Para Casa”. Com o acompanhamento prestado por equipes especializadas, o ex-interno tem menos dificuldades de se adaptar à nova realidade.

Coisas que parecem simples e normais para os que passaram a vida toda fora dos muros manicomiais são vistas com desconfiança por aqueles que estiveram por longos períodos privados de sua liberdade, e que, muitas vezes, sequer lembram como é viver aqui fora. É preciso se acostumar com o fato de ter sua própria individualidade, a tomar banho sem ninguém vigiando, a ter suas próprias coisas, a se alimentar por conta própria, a viver com autonomia e fazer da vida o que bem entender.¹⁸²

Além disso, o auxílio-reabilitação recebido pelos indivíduos também são de suma importância no auxílio à sobrevivência fora do enclausuramento, sendo a forma de subsistência de muitos, que ao se depararem com a nova realidade percebem dificuldades para encontrar um emprego e se manter financeiramente. Justamente por terem passado longos períodos internados, não tendo a mínima experiência, e pela visão social que ainda perdura acerca dos acometidos por enfermidades mentais, é comum que se negue espaço para o trabalho desses sujeitos. O valor, ainda que baixo, portanto, torna-se imprescindível para uma vida minimamente digna.

¹⁸² ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. 1 ed. Geração Editorial: São Paulo, 2013. Disponível em http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Holocausto_brasileiro_vida_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf>. Acesso em 27 jun. 2017. p. 48.

Mesmo para aqueles que moram com a família e que têm ajuda para angariar o necessário, o auxílio é bem-vindo, principalmente para os que pertencem às classes financeiras mais baixas. Por vezes o salário recebido pelos entes quase não é suficiente para o mantimento deles; a partir do momento em que um novo morador habita a residência, o custo de vida se eleva, e o valor que mal chegava antes passa a não ser o bastante. Ainda mais ao se levar em conta que o novo membro da casa necessita de cuidados especiais, fazendo muitas vezes o uso diário de medicamentos que não são encontrados no SUS. Nesses casos, o auxílio é essencial, pois sem ele o paciente não conseguiria sequer comprar seus remédios.

3.3.3 Críticas ao Programa “De Volta Para Casa” e a necessidade de sua ampliação

O auxílio financeiro recebido, como já percebido, é de grande valia aos beneficiados. Contudo, há de se ressaltar que o valor repassado não supre todas as necessidades dos indivíduos, justamente por isso é necessário que se aumente a parcela recebida. O que o ex-interno ganha sequer é suficiente para o pagamento de todas as suas necessidades básicas, como alimentação, água, luz, medicamentos, vestimentas e afins. Não é possível que alguém se mantenha saudável sem o mínimo – e um ser humano que não esteja plenamente bem sofrerá imensas dificuldades para seguir sua vida de forma independente.

Outro problema percebido ao se tratar do PVC diz respeito a um dos requisitos para receber o auxílio supracitado: para que o doente mental tenha direito ao benefício, ele precisa ter ficado, no mínimo, dois anos internado. Levando-se em conta a atual realidade brasileira, é visto que, embora tenha melhorado minimamente, o estigma ruim que os doentes mentais recebem ainda é imenso. É maior ainda quando o indivíduo é submetido a grandes períodos dentro de hospitais psiquiátricos. Além disso, a realidade dentro dos manicômios é devastadora.

Todos esses motivos levam a uma luta progressivamente mais forte pela desinstitucionalização. Com isso, cada vez menos pessoas são internadas em leitos psiquiátricos – e, quando o são, ficam por períodos pequenos, dificilmente alcançando dois anos. Felizmente, a realidade brasileira tem se encaminhado para

cada vez menos internos. Conseqüentemente, um número cada vez menor de pessoas poderá ser beneficiado pelo PVC.

Pois bem, uma das intenções do programa é justamente integrar o sujeito com os demais. E, embora fora dos ambientes hospitalares, os taxados como 'loucos', expressão que ainda é vista com cunho pejorativo, percebem diariamente grandes dificuldades em se inserir na sociedade. Assim, para que esse objetivo fosse plenamente alcançado, e para que a exclusão dessa parcela dos cidadãos fosse combatida, seria de suma importância a ampliação do benefício a todos os acometidos por transtornos mentais que necessitem de ajuda. Dessa forma, não só aqueles que outrora foram obrigados a sair de casa poderão retornar, mas também aqueles que atualmente sofrem com problemas de saúde mental não precisarão deixar seu lar e sua cidadania de lado.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De fato, o trabalho desenvolvido dentro do contexto da Seguridade Social, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde, tem sido fundamental para que os pacientes acometidos por transtornos mentais tenham uma vida melhor, com seus direitos básicos assegurados. O advento da nova ordem constitucional, que trouxe uma gama de garantias à população e que possibilitou o surgimento da Seguridade Social da forma como a conhecemos hoje, vem ajudando a população a perceber algo que até então parecia ser desconsiderado por todos: os doentes mentais são cidadãos como quaisquer outros, e merecem ser tratados de forma digna.

A realidade a qual essa parcela da população vinha sendo submetida, principalmente dentro dos ambientes manicomiais, sofrendo com atos cruéis e devastadores, ia totalmente contra as ideias de garantia de direitos básicos. Além disso, a terapêutica recebida pelos doentes mentais não era eficaz; trancar o indivíduo e afastá-lo do convívio social não se mostrava capaz de melhorar a qualidade de vida dos enfermos mentais.

Percebe-se, com o tempo, que, para haver maior efetividade no tratamento, ele deve ser realizado de forma humanizada, sem retirar dos pacientes sua dignidade, independência, autonomia e convívio com os que amam – violar isso, inclusive, seria violar princípios básicos do SUS e da CF.

Nesse contexto, percebe-se também a importância dos movimentos de reforma psiquiátrica, sem os quais dificilmente a concepção atual chegaria até a mentalidade da população. Transtornos mentais sempre pareceram um tabu dentro da sociedade, um assunto pouco colocado em pauta, que parece ter sido esquecido por todos da mesma forma que aconteceu com os doentes mentais que ficaram longos períodos presos dentro dos manicômios.

A falsa ideia de que esconder aquilo que se considera um problema é a solução imperou por anos, e infelizmente ainda é bastante comum atualmente; é exatamente o que aconteceu e ainda acontece quando se trata de doenças mentais. Contudo, o que deve ocorrer é um maior debate sobre o assunto, para fazer com que as pessoas compreendam do que se trata, conheçam quem de fato são as

peessoas portadoras de tais enfermidades e finalmente percebam que a 'loucura' é algo mais comum do que se imagina.

Os ideais que vêm sendo trazidos desde o início dos movimentos de reforma psiquiátrica servem para auxiliar no processo de mudança da visão que a sociedade tem sobre saúde mental e sobre as pessoas que sofrem com problemas relacionados a ela. Todavia, ainda há muito a evoluir, já que a realidade atual mostra indivíduos tratando os doentes mentais de forma excludente, vendo-os como um afronte à sociedade. Ainda perdura, de certa forma, aquela noção pejorativa sobre o tema; além disso, justamente pela falta de informação a respeito do assunto, há muitos que se sentem amedrontados ao se depararem com alguém que sofre com problemas de saúde mental.

É justamente por conta desse cenário, que ainda deve sofrer mudanças, que os movimentos de reforma psiquiátrica devem continuar. Buscar melhores condições para essa minoria da população, além de tornar cada vez mais público o tema é de suma importância para que os doentes mentais consigam viver em harmonia com o restante da população – exatamente do jeito que deve ser.

Foi, inclusive, levando-se em conta todas essas questões que o Ministério da Saúde implantou o Programa Volta para Casa. Na luta pela inserção e melhora na qualidade de vida dos acometidos por transtornos mentais, percebe-se que, de fato, o programa, traz alguns resultados positivos. Isso é notado, principalmente, quando o assunto é a retirada dos indivíduos do ambiente asilar e o cuidado com um tratamento que seja realmente eficaz, buscando sempre o bem-estar dessa parcela ainda marginalizada pela sociedade. Além disso, todas essas questões que são buscadas pelo PVC acabam por auxiliar na obtenção de uma vida mais plena e digna aos indivíduos que são beneficiados, sendo um mecanismo interessante quando se trata da inserção dos doentes mentais dentro da comunidade.

As críticas começam, porém, quando se analisa quem são os beneficiados pelo programa. Apenas os doentes mentais que passaram longos períodos internados – a partir de dois anos – podem requerer a inscrição no programa. Levando-se em conta a atual situação de busca pela desinstitucionalização, cada vez menos pessoas ficarão esse tempo dentro dos manicômios, conseqüentemente, menos serão aqueles que conseguirão a ajuda.

Ocorre que as dificuldades de inserção social são parte da vida também daqueles que não chegaram a ser internados, justamente pela visão que a sociedade tem deles. É por isso que seria necessário haver uma ampliação da abrangência do programa, para que todos aqueles que se enquadrem nos demais requisitos e que tenham poucas condições financeiras possam também ser beneficiados. Assim, os acometidos por transtornos mentais estariam cada vez mais próximos de obter sua igualdade frente à sociedade.

Por fim, critica-se o valor baixo garantido através do auxílio-reabilitação psicossocial. A quantia repassada atualmente mal garante o custeio das necessidades básicas dos indivíduos, dificultando sua reinserção de forma independente na sociedade, bem como retirando suas possibilidades de concorrerem em pé de igualdade com os indivíduos na busca por uma fonte de subsistência – que é de suma importância para que aquela independência buscada pelo PVC, pelos movimentos de reforma psiquiátrica e pelo afastamento dos manicômios seja perpetuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____, Paulo Duarte de Carvalho. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. 1 ed. Geração Editorial: São Paulo, 2013. Disponível em http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Holocausto_brasileiro_vida,_genoc%C3%ADdio_e_60_mil_mortes_no_maior_hosp%C3%ADcio_do_Brasil.pdf>. Acesso em 27 jun. 2017.

BALERA, Wagner. **A seguridade social da Constituição de 1988**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

BERNARDES, Juliano Taveira; FERREIRA, Olavo Augusto Viana Alves. Sinopses para concursos v.17 - **Direito Constitucional tomo II**. 4 ed. Salvador: Juspodivn, 2015.

BIRMAN, Joel. **A cidadania tresloucada**, pg 71-90. In BEZERRA JR., Benilton & AMARANTE, Paulo Duarte (orgs.). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. **Declaração Universal de Direitos Humanos**, de agosto de 2009. Disponível em: < <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Decreto nº 5.722, de 13 de março de 2006. **Planalto**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5722.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm >. Acesso em: 25 jun. 2017.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm >. Acesso em: 23 jun. 2017.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm >. Acesso em: 26 jun. 2017.

_____. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm >. Acesso em: 25 jun. 2017.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm >. Acesso em: 27 jun. 2017.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Planalto**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm >. Acesso em: 25 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **“De Volta para Casa”: manual do programa**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2003. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf >. Acesso em 27 jun. 2017. p. 1-2

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014**. Portaria n. 1.727, de 24 de novembro de 2016. Disponível em < <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/novembro2016/dia28/portaria1727.pdf> >. Acesso em 26 jun. 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf >. Acesso em 25 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12**, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48 p. Disponível em < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf> >. Acesso em 26 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiq >. Acesso em 26 jun. 2017. p. 29-30

BRITO, Emanuele Seicenti de; VENTURA, Carla Aparecida Arena. **Evolução dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais: uma análise da legislação Brasileira.** Revista de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 13, n. 2, pg 41-63, jul./out. 2012. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56228/59440> >. Acesso em: 26 jul. 2017.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **De Volta para a Casa: Programa de transferência de renda do Governo Federal.** Disponível em: < <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/programa-de-volta-para-casa/Paginas/default.aspx>

CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha. **Curso de Direito da Seguridade Social.** 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Conferência enfoca sistema de saúde mental em Trieste.** Publicado em: 15 out. 2007. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/6666> >. Acesso em: 25 jun. 2017.

FRANÇA. **Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão**, de 26 de agosto de 1789. Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Documentos-antigos-cria%C3%A7%C3%A3o-da-Sociedade-das-Na%C3%A7%C3%B5es-at%C3%A9-1919/declaracao-de-direitos-do-homem-e-do-cidadao-1789.html>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

FREIRE, Flávia Helena M. A. et al. **O “programa de volta pra casa” no campo da saúde coletiva e saúde mental: estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.** Catussaba – Revista Científica da Escola da Saúde da universidade Potiguar, Natal, ano 2, n. 1, p. 51-62, out. 2012/ mar. 2013. Disponível em < http://portal.unp.br/arquivos/pdf/institucional/edunp/catussaba_a2n1.pdf >. Acesso em: 27 jul. 2017.

GOES, Hugo. **Manual de Direito Previdenciário.** 8 ed. Rio de Janeiro: Ferreira, 2014.

JORGE, Miguel Roberto. **Estigma.** Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia. Disponível em < <http://www.abrebrasil.org.br/web/index.php/esquizofrenia/estigma> >. Acesso em: 26 jul. 2017.

LEITÃO, André Studart; MEIRINHO, Augusto Grieco Sant’Anna. **Manual de Direito Previdenciário.** 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

MACIEL, Silvana Carneiro et al. **Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico.** Revista Trends in Psychology – Temas em Psicologia, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jun. 2011. Disponível em <

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015 >. Acesso em: 26 jul. 2017.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira. **Contribuições da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental.** Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 127-134, 2002. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13907/15725> >. Acesso em: 25 jul. 2017.

MARTINS, Ives Granda da Silva et al. **Tratado de Direito Constitucional** vol. 1. São Paulo: Saraiva, 2010.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social.** 33 ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **MERCOSUL: A Saúde no Mercosul.** 2 ed. Brasília: MS, 2003. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mercosul.pdf >. Acesso em: 16 jun. 2017.

NOVA IORQUE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, de 22 de julho de 1946. Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> >. Acesso em: 16 jun. 2017.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. **Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, jan./mar. 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a20v10n1.pdf> >. Acesso em: 25 jul. 2017.

OLIVEIRA, Willian Vaz de. **A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria.** Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan./mar. 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009 >. Acesso em: 25 jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em:< <http://www.who.int/about/es/>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

PORTAL BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos garante igualdade social.** Publicado em: 4 nov. 2009. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11/declaracao-universal-dos-direitos-humanos-garante-igualdade-social>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Plano Simplificado de Previdência Social.** Disponível em < <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/informacoes-gerais/plano-simplificado-previdencia-social/>>. Acesso em 21 jun. 2017.

_____. **Tabela de contribuição mensal.** Disponível em <<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/gps/tabela-contribuicao-mensal/>>. Acesso em 21 jun. 2017.

SANTOS, Marisa Ferreira Dos. Sinopses Jurídicas v. 25 – **Direito Previdenciário**. 8 ed. Saraiva: São Paulo, 2012. Disponível em <<http://lelivros.zone/book/download-direito-previdenciario-vol-25-marisa-ferreira-dos-santos-em-epub-mobi-e-pdf>>. Acesso em 21 jun. 2017.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reinvenção da Cidadania, Empowerment no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários**, pg. 169-194. In AMARANTE, Paulo (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 200. Disponível em <<http://static.scielo.org/scielobooks/htjgj/pdf/amarante-9788575413197.pdf> >. Acesso em 25 jul. 2017.