A DESCIDADANIZAÇÃO DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL A PARTIR DA NOTA TÉCNICA 11/2019¹

Anne Piauilino Leopoldo – UFPI²
Lucia Cristina dos Santos Rosa - UFPI³

RESUMO

Tem-se o objetivo de desenvolver uma reflexão sobre as mudanças na política nacional de saúde mental a partir da nota técnica 11/2019 publicada pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que indica várias mudanças que representam um retrocesso tendo em vista que as medidas previstas atravessam a política de desinstitucionalização e incentivam a hospitalização e o tratamento desumanizado. A análise foi apoiada na ideia da construção da cidadania a partir do Estado de Bem-Estar Social e da Reforma Psiquiátrica, com ênfase nas alterações realizadas na Rede de Atenção Psicossocial que representam o afastamento dos princípios legais, assistenciais e das várias estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Cidadania. Política Nacional de Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Neste trabalho, iremos analisar as mudanças na política nacional de saúde mental a partir da nota técnica 11/2019 considerando a construção da cidadania no Estado de Bem-Estar Social e a Reforma Psiquiátrica como um movimento de luta para a inclusão das pessoas com transtorno mental na condição cidadã, consequentemente na esfera pública.

Partimos da ideia de que a construção da cidadania resulta de um processo de correlação de forças no pacto civil-político. Nesse contexto a cidadania, tal como concebemos hoje, foi fundada no direito e na igualdade (mesmo que formal). No entanto, foi construída, principalmente, a partir de um processo de luta crescente pela incorporação de novos segmentos e sujeitos ao usufruto de direitos, sendo ampliados os direitos a ela constitutivos.

No cenário brasileiro, inicialmente, a cidadania era atribuída ao homem branco, trabalhador e localizado no espaço urbano. Depois foi conquistado pelas mulheres e outros segmentos sociais. Logo, o processo de construção de uma cidadania democrática foi tardio. Além disso, a criação de espaços públicos e a crescente participação da sociedade civil nos processos de

¹ Trabalho apresentado no Congresso Brasileiro Ciência e Sociedade (CBCS 2019), promovido pelo Centro Universitário Santo Agostinho, de 03 a 05 de outubro de 2019, em Teresina-PI.

² Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Email: anneleopoldo@gmail.com.

³ Docente do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Piauí, doutora em Serviço social. Email: luciacsrosa@gmail.com

discussão relacionadas com as políticas públicas efetivamente ocorreram a partir de meados da década de 1980 no processo de redemocratização. Este processo democrático reivindicou “os direitos completos da cidadania para todos os indivíduos [...] E é este movimento de ampliação do conjunto de direitos a serem atendidos pelo Estado que dará origem ao Estado-previdenciário” (ARRETCHE, 1995, p.35). Nesse contexto, a Constituição Brasileira de 1988 é a expressão da transição de um Estado autoritário para um Estado democrático de direito.

A partir de então, nasceu uma cidadania ampliada que é um projeto para uma nova sociabilidade com uma dimensão mais igualitária das relações sociais, com o reconhecimento do outro como sujeito de direitos legítimos. Diante disso, a conquista dessa nova cidadania, a partir da universalização de direitos, surge da reivindicação pela inclusão e pela participação efetiva no novo sistema político.

Em relação a cidadania das pessoas com transtorno mental, pode-se dizer que esta se “insere no campo da ampliação dos direitos civis e sociais de segmentos específicos como os negros, as mulheres, as crianças e adolescentes, os idosos etc” (GABBAY, 2010, p.45). Esta conquista se deu a partir da década de 1990 com as políticas de saúde mental desmanicomializantes do Ministério da Saúde, tendo como marco a Lei nº 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, para o cuidado comunitário (BRASIL, 2004) e ações intersetoriais entre as políticas sociais.

Na década de 2000, o Brasil alcançou alguns avanços no que diz respeito ao crescimento econômico, diminuição da pobreza social e a ampliação de algumas políticas públicas que permitiu a expansão de serviços de atenção psicossocial.

A década de 2010 foi marcada por uma recessão econômica somada a várias questões, inclusive midiáticas, mediadas pela suposta epidemia de crack. Esta crise econômica, política e social agravou em 2015, tendo no segundo governo Dilma a gestão do Ministério da Saúde e especialmente a Coordenação de Saúde Mental entregue a setores conservadores e atrasados (VASCONCELOS, 2016).

Em 2016 ocorre um golpe parlamentar, disfarçado de impeachment, contra a então Presidenta Dilma Rousseff. O governo ilegítimo de Michel Temer foi marcado por inúmeros retrocessos especialmente no âmbito dos direitos sociais, com evidência para os direitos à educação, à saúde, ao trabalho e à previdência social.

Em 2018, Jair Bolsonaro, representante da extrema direita conservadora, foi eleito presidente representando uma quebra de paradigma, principalmente no que se refere ao respeito e proteção de direitos fundamentais como o direito à vida e integridade física, liberdades individuais, igualdade, saúde, combate à tortura, etc.

É diante desse contexto de crise econômica e social no Brasil impulsionada pelo neoliberalismo e conservadorismo que este trabalho, tem o objetivo de desenvolver uma reflexão sobre as mudanças na política nacional de saúde mental a partir da nota técnica 11/2019 publicada pelo Ministério da Saúde, apresentando o quanto a “nova” política de saúde mental diverge dos processos de reforma psiquiátrica brasileira.

Neste intuito, o artigo trará um breve resumo histórico quanto a construção da cidadania e a sua relação com a instituição do pacto social e o Estado de Bem-Estar Social. Posteriormente, trabalhamos com o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil como um marco para construção da cidadania da pessoa com transtorno mental e como as alterações na política nacional de saúde mental indicadas por meio da nota técnica 11/19, representa uma barreira aos avanços na direção da cidadania da pessoa com transtorno mental que anteriormente caminhavam pela conquista da efetivação de seus direitos sociais.

A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA A PARTIR DO ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL

Descrever o processo de produção da pesquisa, apresentando o método utilizado (e o porquê), o delineamento do estudo, da amostra utilizada ou dos procedimentos para a coleta de dados, bem como, o plano para a análise dos dados. Dependendo da natureza do trabalho, uma caracterização da área experimental deve ser inserida, tornando claras as condições em que a pesquisa foi realizada. Neste caso, o trabalho deve conter as referências da metodologia de estudo e/ou análises laboratoriais empregadas. Se os métodos utilizados forem consagrados, apenas a referência bibliográfica bastará; caso contrário, é necessário apresentar a descrição dos procedimentos utilizados, adaptações promovidas etc. As unidades de medidas e símbolos devem seguir o Sistema Internacional.

No conflito das relações sociais, a instituição do Estado de Direito como um contrato social se torna o suporte para a organização da sociedade e para o processo da criação do sujeito cidadão na modernidade burguesa (FALEIROS, 2010). Desse modo, a atual compreensão de

cidadania está correlacionada à ideia de modernidade e ao contexto capitalista, “ao mesmo tempo como lutas e conquistas e construção de pactos e acordos que se expressam nas leis e nas instituições e, por isso mesmo, ele pode sofrer reveses e retrocessos” (FALEIROS, 2010, p. 275).

O marco histórico da modernidade neste processo é perceptível na manifestação do homem livre e consequentemente na livre circulação de ideias e pessoas, além do rompimento com a sociedade feudal. Quanto ao vínculo com o capitalismo tem-se neste novo momento a ampliação de novas formas de acumulação de riquezas por meio da exploração dos trabalhadores e do meio ambiente.

A criação da cidadania passa, então, a ser estruturada juntamente com a construção da política, por meio de luta e negociação de direitos entre os grupos sociais, e apresenta-se pelo reconhecimento de direitos no campo jurídico, uma vez que o contrato social passa legitimar um modelo de sociedade que é respeitado por todos os indivíduos.

A construção da cidadania é compreendida por Marshall (1988) em três dimensões. A primeira dimensão está relacionada ao direito civil tendo como manifestação o direito a liberdade. O segundo diz respeito a extensão política como expressão do voto e por fim o aspecto social como garantia dos direitos mínimos sociais.

Essa evolução na conquista de direitos evidencia o processo político da construção da cidadania com as relações de poderes conflitantes.

A cidadanização é um processo político de relação de poder que pressupõe não só o direito de com-viver, mas uma articulação da hegemonia de grupos dominantes para estabelecer a governabilidade, mantendo as condições de seu domínio com a devida legitimidade, na forma de um contrato entre fortes e frágeis, donos dos meios de produção e empregados, como se fossem livres e iguais (FALEIROS, 2010, p. 280).

Faleiros (2010) chama de cidadanização o processo de construção da cidadania marcado por um movimento de lutas, forças e negociações que envolvem uma pluralidade de acordantes. Este processo, neste caso, “traduz as relações entre governantes e governados, dominantes e dominados, na dinâmica do instituído e do instituinte” (FALEIROS, 2010, p. 281).

Por outro lado, um outro fator histórico importante é o avanço e metamorfoses do capitalismo industrial que modificou as relações sociais uma vez que propiciou o nascimento de uma massa de trabalhadores, em produção coletiva, vinculados as fábricas que posteriormente passou a lutar por participação política e direitos sociais. A luta e o reconhecimento desses

direitos estão atrelados às crises do capitalismo e aos conflitos sociais decorrente das guerras, pois, conforme Faleiros (2010) apresenta:

Foi no pós-Segunda Guerra Mundial que se consolidou, na Europa, um Estado de Bem-Estar Social, tanto para a segurança econômica das pessoas como para a segurança do sistema econômico, ao garantir um mercado consumidor propiciado pelas prestações sociais (FALEIROS, 2010, p. 287).

Neste período, pós-guerras, fez-se necessária a institucionalização de organizações internacionais com objetivo de implementar e expandir a ideia do Bem-Estar Social. Com este intuito, em 1948 a Organização Mundial da Saúde delineou uma nova concepção de saúde: “o completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças”. Neste contexto, “a saúde passa a ser considerada um meio e um fim para o desenvolvimento e o bem-estar” (BRAVO, 2013, p. 67).

Apesar do Estado de Bem-Estar Social ter sido consolidado pós-Segunda Guerra Mundial, a ideia de *Welfare State* é antecedente. Ao apresentar as razões do surgimento do seu surgimento ou as causas mais diretas de sua origem, Arretche (1995) expõe que as motivações do surgimento de programas sociais é a mesma em todos os países de alto nível de desenvolvimento industrial e a emergência de tais programas estava associado aos problemas apresentados pelo desenvolvimento da industrialização. Com isso, a política de Bem-Estar possibilitaria a gestão do Estado capitalista com a diminuição dos conflitos sociais decorrente das crises econômicas.

Com o avanço das forças produtivas, houve mudanças no processo de trabalho (aumento do ritmo de trabalho e produtividade), exigindo um trabalhador mais qualificado e hígido. As instituições de saúde tiveram de ser ampliadas para todos os cidadãos, com a finalidade de produzir condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenvolvimento social, econômico e político (BRAVO, 2016, p. 59).

No entanto, quanto à forma de implementação de tais programas, percebeu-se que não há um modelo universal – homogêneo *do Welfare State*.

Os estudos comparativos têm mostrado que o “*Welfare State*” pode ser mais universalista, institucionalizado e estatizado, em alguns casos, ao passo que, em outros se mostra mais privatista e residual; em uns mais generosos na cobertura e diversificação dos benefícios, em outros mais seletivo e assistencialista; em alguns países é mais intenso o mecanismo de dinâmica político-partidária e eleitoral, enquanto em outros é mais “politizado” e clientelisticamente utilizado (DRAIBE, 1993, p.3).

Apesar da heterogeneidade na construção do Estado de Bem Estar Social, entendeu-se que este seria “a institucionalização dos direitos sociais, o terceiro elemento da cidadania” (FARIA, 1995, p. 39).

No contexto brasileiro, após estudar o final da década de 70 até os anos 80, Draibe (1993) identifica novas particularidades que se instituem no campo das políticas sociais nesse projeto de Estado Social e apresenta tais particularidades em três níveis: 1) o político institucional; 2) o da sociabilidade implicada nas políticas sociais; e 3) as relações entre Estado, o setor privado lucrativo e o setor privado não lucrativo.

No plano político institucional nos deparamos com a descentralização político-administrativa o que representa maior democratização das políticas sociais tendo em vista a maior aproximação entre as tomadas de decisões, demandas e demandantes.

Em relação à sociabilidade nas políticas sociais identificou-se uma maior participação popular na elaboração e implementação das políticas, a partir dos conselhos. No entanto, diante da atual conjuntura política brasileira encontramos esta característica mitigada, visto que o decreto 9.759/19, editado unilateralmente pelo chefe do Poder Executivo Federal, propõe a extinção de colegiados de participação social o que inclui conselhos federais, fóruns, grupos e inúmeros outros dispositivos de aproximação entre governo e sociedade civil, o que representa um obstáculo para a construção de uma verdadeira política de inclusão democrática, uma vez que a “democracia passa a ser constitutiva de cidadania, em um processo que se constrói de modo paulatino nas lutas sociais pelo voto dentro do contexto capitalista” (FALEIROS, 2010, p. 295).

Dessa forma, a participação popular na elaboração de políticas sociais de inclusão faz com que.

A cidadania seja, ao mesmo tempo, uma instituição e um movimento, ou seja, ela significa um Estado de Direito pactuado democraticamente, com garantias efetivas de reconhecimento desses direitos e do protagonismo de sujeitos de direitos, que se constrói no exercício destes e na luta pelo desenvolvimento e respeito de novas pactuações políticas para o direito de todas as pessoas a uma sociedade de igualdade, justiça, solidariedade e participação (FALEIROS, 2010, p. 295 – 296).

Ocorre que hodiernamente o neoconservadorismo político-social e o neoliberalismo encontram-se em ascensão e se colocam em lados opostos ao Estado social, uma vez que tais movimentos se caracterizam por uma política econômica de supervalorização do capital que não

se constrange com a acentuação de desigualdades sociais. Assim “ao invés de regulação pelo pacto dos direitos, o neoliberalismo propõe a desregulamentação dos direitos, para a livre expressão do mercado” (FALEIROS, 2010, p. 297), a partir de uma nova contratualização liberal individualista que não reconhece o pacto social como fruto de negociações coletivas de interesses sociais diversos, mas como um contrato particular nos moldes do direito civil (SANTOS, 1990).

A nova contratualização é, enquanto contratualização social, um falso contrato, uma mera aparência de compromisso constituído por condições impostas sem discussão ao parceiro mais fraco no contrato, condições tão onerosas quanto inescapáveis. Sob a aparência do contrato a nova contratualização configura a reemergência do status, ou seja, dos princípios de ordenação hierárquica pré-moderna onde as condições das relações sociais estavam diretamente ligadas às posições das partes na hierarquia social (SANTOS, 1990, p. 95-96).

Isso significa que “a crise da contratualização moderna consiste na predominância estrutural dos processos de exclusão sobre os processos de inclusão” (SANTOS, 1990, p. 96) onde o processo de exclusão se apresenta com o aspecto do pré-contratualismo e do pós-contratualismo.

A perspectiva do pré-contratualismo baseia-se no impedimento do acesso à cidadania a alguns grupos sociais, enquanto que no pós-contratualismo os grupos que tinham sido incluídos passam a ser excluídos em razão da dificuldade do Estado de cumprir as promessas do contrato social. Assim, Boaventura de Sousa Santos explica que

As exclusões produzidas, tanto pelo pós-contratualismo, como pelo pré-contratualismo são radicais e inelutáveis, e a tal ponto que os que as sofrem, apesar de formalmente cidadãos, são de fato excluídos da sociedade civil e lançados num estado de natureza (SANTOS, 1990, p. 97).

Diante disso, tem-se que o neoliberalismo impõe um “novo contrato social” que visa deixar os indivíduos desnudados dos direitos, isto é, torna-os menos protegidos e com menos garantia de direitos (FALEIROS, 2010). Assim, a capacidade de consumo passa a ser o elemento constitutivo da cidadania, isto é “o cidadão é confundido com consumidor, tem direitos porque paga direta ou indiretamente pelos bens e serviços, em uma lógica de exclusão e não da inclusão” (FALEIROS, 2010, p. 299), caracterizando o processo de descidadanização.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS CONTRADIÇÕES APRESENTADAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL CONFORME A NOTA TÉCNICA 11/2019

Os processos de reforma psiquiátrica emergem no pós II guerra, no contexto internacional, em contrapondo aos campos de concentração equiparados às instituições totais (GOFFMAN, 1992). Compreende-se a reforma psiquiátrica como a substituição das instituições fechadas e caracterizadas pelas constantes violações de direitos humanos por uma assistência psicossocial interdisciplinar pautado no reconhecimento dos direitos humanos e da cidadania (VASCONCELOS, 2016).

Do ponto de vista mais profundo, a reforma psiquiátrica também busca reconstruir os saberes padronizados e seus fundamentos que apoiaram a segregação, a hostilidade e a violência para com as pessoas com transtorno mental (VASCONCELOS, 2016). De um modo geral, a reforma psiquiátrica expõe uma estrutura de segregação e apresenta uma nova incorporação social da pessoa com transtorno mental.

No Brasil, no fim da década de 1970, a reforma psiquiátrica fez parte do processo de construção da democracia no país, sendo um marco de garantias para as pessoas com transtorno mental, uma vez que passaram a ser reconhecidas, na esfera pública, como sujeitos de direitos individuais e sociais.

Este reconhecimento representou para as pessoas com transtorno mental a garantia do direito às liberdades, principalmente o de serem cuidadas em liberdade, tendo em vista o modelo manicomial, anteriormente adotado, ser desaprovado por organismos internacionais da saúde, em razão dos danos psíquicos e das constantes violações de direitos humanos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1990).

Nesse contexto de visibilidade social, uma nova política de saúde mental passou a ser desenvolvida no Brasil nos 1990, tendo como direção a atenção psicossocial como sinônimo de cidadania (SARACENO, 1999) e a ampliação dos serviços comunitários, com a função de desconstruir a cultura manicomial e reinserir a pessoa com transtorno mental na comunidade.

Em 2001, com a promulgação da Lei nº 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, se estabeleceu que é da responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família. Este marco legal determinou a conciliação

entre políticas públicas e o envolvendo a sociedade civil nas demandas de saúde mental a partir do processo de desinstitucionalização e do redirecionamento do modelo assistencial à saúde mental em serviços substitutivos em meio aberto, na comunidade.

Desse modo, o novo modelo proposto inclui equipes multidisciplinares que visam desenvolver a autonomia da pessoa com transtorno mental, propulsionando além da assistência em saúde, meios para a geração de trabalho e renda.

A reestruturação de toda a assistência para as pessoas com transtornos mentais possui muitos desafios o que requer o fortalecimento e mais investimentos na perspectiva da reestruturação da Rede de Atenção à Saúde Mental para que haja viabilidade da desinternação e a consolidação de toda a rede de apoio para que o acompanhamento possa ser realizado de forma multidisciplinar, o que tem sido negado pela intensificação de desinvestimento em gastos sociais e, sobretudo desmonte da rede de atenção psicossocial criada para manter todo processo iniciado nos anos 90, no cerne do Sistema Único de Saúde.

Apesar das conquistas estabelecidas com a Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216 de 2001), ao introduzir a garantia à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais no Brasil, o Ministério da Saúde publicou, pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a Nota Técnica Nº 11/2019 intitulada como “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas” que indica várias mudanças que representam um grande retrocesso para a política nacional de saúde mental tendo em vista que a medida atravessa a política de desinstitucionalização e incentiva a hospitalização e o tratamento desumanizado.

Com base neste documento a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental - Unidades Ambulatoriais Especializadas.

A nota estabelece que todos os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são igualmente importantes e devem ser incentivados e ampliados, por isso não considera alguns serviços da rede como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de

unidades de qualquer natureza. Portanto, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, uma vez que nenhum serviço substitui outro.

Este direcionamento representa o avanço de forças contrárias ao processo histórico da reforma psiquiátrica no Brasil uma vez que foram as políticas substitutivas que melhoraram a qualidade do cuidado realizado por equipes multiprofissionais conjuntamente com a família.

Outro ponto bastante delicado previsto na nota técnica é a previsão do financiamento para a compra de aparelho de eletroconvulsoterapia, conhecido popularmente como eletrochoque, que é um procedimento tido como excepcional devido a seus efeitos colaterais e questionáveis devido o seu uso indiscriminado e punitivo durante os anos de domínio dos manicômios no cenário assistencial brasileiro, sem que evidências científicas justifiquem tal direcionamento.

Além disso, evidencia-se que há a defesa da internação psiquiátrica para crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos, junto com adultos, o que vai de encontro a um dos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei 8069, de 1990), particularmente em seus artigos 18, 18A e 18B, que dizem respeito a preservação da dignidade humana das mesmas.

Chama-se atenção também para a criação dos “leitos psiquiátricos especializados” que, consequentemente, estimulará novas internações e gerará o grande risco de tais unidades se transformarem em mini-hospícios, com todos os efeitos iatrogênicos condenados pelos órgãos internacionais.

Apesar dos conteúdos das alterações expostas, a nota técnica 11/2019 deixa expressa que as políticas estabelecidas foram editadas em obediência à Lei 10.216/2001, embora as direções apresentadas confrontem os fundamentos da Lei da Reforma Psiquiátrica, bem como de outros dispositivos legais e recomendações de entidades internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Nesse contexto, partindo do pressuposto que o processo de cidadania leva em consideração os direitos e garantias individuais, os direitos sociais, os direitos ao meio ambiente, a bioética e o direito a diversidade, verifica-se que a proposta de mudança na política nacional de saúde mental por meio da nota técnica 11/19, consiste no bloqueamento do acesso à cidadania por parte das pessoas com transtorno mental que anteriormente caminhavam pela conquista da efetivação de seus direitos sociais. Tais mudanças representam a estruturação da exclusão social de forma explícita pelo Estado que cada vez mais se torna menos social e reintensifica as desigualdades sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho partimos do pressuposto que a ampliação dos direitos do povo decorreu da construção do Estado de Bem-Estar Social, associado à democracia. Desse modo, a construção da cidadania ao longo da história está relacionada à inclusão de pessoas historicamente excluídas na esfera pública do direito.

No Brasil, a garantia de acesso aos direitos previstos na Constituição e nas leis infraconstitucionais protege as relações de cidadania e a existência digna de todos. No âmbito das políticas públicas em saúde mental, a reforma psiquiátrica é considerada como um marco do atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população ao serviço e o respeito a seus direitos.

A lei 10.216/2001 juntamente com a reforma psiquiátrica trouxeram várias mudanças, principalmente no que diz respeito à criação de serviços comunitários de saúde mental em todo o país. O cuidado com as pessoas com transtornos mentais ficou mais próximo da população atingindo pequenos municípios com a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial, sendo este o principal equipamento da reforma psiquiátrica.

As modificações na Rede de Atenção Psicossocial por meio da Nota técnica Nº 11/2019 representam o afastamento dos princípios legais, assistenciais, das estratégias de atenção psicossocial consolidados pela Reforma Psiquiátrica brasileira e das conquistas democráticas, uma vez que essas mudanças na política nacional de saúde mental simbolizam o aumento da exclusão social e a diminuição da cidadania, o que significa a redução de condições dignas de vida.

Dessa forma, para que haja a manutenção do reconhecimento dos direitos sociais e da cidadania das pessoas com transtorno mental é necessário uma política de assistência em saúde mental que almeje não só o direito a saúde, mas o direito pela melhoria das condições de vida, pelo acesso a políticas públicas dentre elas a educação, a habitação, o lazer, a cultura, a renda.

Assim, para que haja a efetivação de direitos fundamentais, é imperioso que esta política obedeça aos princípios e diretrizes preconizados pela Constituição de 1988, pelas Leis 10.216/2001, 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/1990 (regula a participação no SUS). Além disso, devem buscar a participação popular por meio dos Conselhos de Saúde com a

finalidade de formular estratégias e avaliar a execução da política de saúde, compreendendo os seus desdobramentos, a exemplo da política de saúde mental objeto das reflexões apresentadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. Brasil: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, M.I.S. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SANTOS, B. S. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In: OLIVEIRA, F., PAOLI, M. C. (Org.) **Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global**. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Cora, 1999.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DRAIBE, S. M. O “Welfare State” no Brasil: características e perspectivas. **Ciências Sociais Hoje**, 1989. São Paulo. ANPOCS; Vértice, 1989, p.13-59.

FALEIROS, V. P. Cidadania Política. In LUIZ, D. E. Cantoia (Org.). **Sociedade Civil e Democracia: expressões contemporâneas**. São Paulo: Veras Editora, 2010 (Coleção coletâneas).

FARIA, C. A. P. de. Uma genealogia das teorias e modelos do Estado de Bem-Estar social. **BIB** n. 46, 1995, PP. 38-72.

GABBAY, R. . CIDADANIA E LOUCURA: UM PARADOXO?. **Polêmica Revista Eletrônica**, <http://www.polemica.uerj.br/>, p. 43 - 55, 01 jul. 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

MARSHALL, T. H. **Cidadania e classe social. Leituras sobre a cidadania**. Brasília: Fundação Projeto Rondon, 1988.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação**. Milão: OPAS, 1990.

VASCONCELOS, E.M. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social**. Campinas: Papel Social, 2016.