

**PARA ALÉM DO DIREITO:
A (re) construção da cidadania dos sofredores psíquicos**

Thalita Kelle Pires Beserra*

Eloy Lago Nascimento**

José Rafael Evangelista de Santana***

RESUMO

O presente artigo tem por finalidade perceber a construção da cidadania para os sofredores psíquicos ao longo da história, trazendo, em particular, uma análise da legislação brasileira e sua aplicação em benefício das pessoas com transtornos mentais, visando sua inserção em sociedade. Norteando esta finalidade, o presente estudo baseou-se em uma literatura produzida por autores que investigam a construção da cidadania e resgatam a história dos movimentos de luta pelo acesso à cidadania e por uma legislação específica para os sofredores psíquicos; levantou-se ainda referenciais teóricos que tecem conjecturas no que corresponde à interpretação e alcance da legislação brasileira para a realidade em foco. Para a pesquisa acima mencionada, foi utilizada, portanto, uma metodologia que seguiu um estudo exploratório e descritivo. Com base em toda pesquisa desenvolvida, percebeu-se que, desde os povos da Antiguidade (a pré-história da cidadania), até a atualidade houve uma plausível evolução obtida no que concerne aos direitos da pessoa com sofrimento psíquico. Todavia, importante se faz frisar que essa luta por melhores condições de vida e a inserção social do sujeito “louco” é contínua, visto que ainda há muito que ser conquistado e garantido, para além do direito estabelecido na lei.

Palavras-chave: Sofredor psíquico. Efetivação da cidadania. Legislação Brasileira.

ABSTRACT

The article aims to perceive the construction of citizenship for the psychic sufferers along history, bringing, particularly, an analysis of the Brazilian legislation and its application in benefit of people with mental disorders, seeking their insertion in society. Guided by this objective, the present study based on a literature produced by authors that investigate the construction of citizenship and rescue the history of movements for access to citizenship and for a legislation specific to the psychic sufferers; we also raised theoretical references that describe conjectures about the interpretation and reach of Brazilian legislation for this reality. For the referred rese-

* Graduada em Direito pela Faculdade Sete de Setembro (FASETE)
tpiresb@gmail.com

** Sociólogo. Professor de Sociologia Jurídica da FASETE e UNEB
prof.eloy.fasete@gmail.com

*** Advogado. Professor de Direito da FASETE
advrafaelsantana@gmail.com

arch, it was utilized a methodology that followed an exploratory and descriptive study. From the developed research, it was perceived that, since the people of antiquity (the prehistory of citizenship) until the current days, there has been an evolution regarding the rights of individuals with psychic disorders. However, it is important to notice that this fight for better life conditions and the social insertion of the “insane” person is continuous, since there is a lot to be conquered and guaranteed, beyond the rights established in constitution.

Keywords: Psychic Sufferer. Citizenship effectuation. Brazilian legislation.

1 INTRODUÇÃO

A história das civilizações comprova a existência de mudanças de comportamento nas culturas e grupos sociais no decorrer dos tempos, configurando alterações nas formas de organização e de regras de convivência. Dentre os diversos grupos, as pessoas com sofrimento mental¹ formam uma minoria que tem buscado com o passar dos anos não mais viver excluída e isolada, mas fazer parte de uma sociedade civil organizada e produtiva.

Os sofredores psíquicos compõem um grupo que, por muito tempo, foi marginalizado pela sociedade, sendo considerados estorvos a ela, tendo condições de vida e tratamento ultrajantes, afrontando, portanto, a dignidade humana, os direitos humanos e o direito à cidadania.

Em meio à luta pela conquista de um espaço, a legislação em saúde mental possui grande importância para essas pessoas, proporcionando o atendimento de algumas das suas necessidades básicas. Daí a relevância de se refletir sobre as políticas decorrentes, seus avanços e limitações na busca da cidadania efetiva, com inclusão social.

Por isso, este artigo cumpre demonstrar através de uma metodologia exploratória, descritiva e analítica, a (re)construção da cidadania das pessoas com transtorno mental no decorrer da história, focando nas garantias de direitos salvaguardadas no ordenamento jurídico brasileiro e analisando a sua efetivação através do programa CAPS II do Governo Federal.

2 LOUCURA, CIDADANIA E DIGNIDADE HUMANA

¹ O termo “pessoa com sofrimento mental/psíquico” ou “sofredor psíquico” é uma forma de reduzir o preconceito com o termo doença/doente mental. Pode-se usar também o termo transtorno mental, ao invés de doença mental (SANTOS JÚNIOR, 2008).

Os primeiros registros sobre a loucura são encontrados na Grécia Antiga. Nesta sociedade, a loucura era tratada como uma manifestação espiritual, não sendo vista como algo negativo, nem tampouco uma doença, mas um privilégio, com o qual a pessoa acometida por essa prerrogativa poderia ter apropinquação às verdades divinas (SILVEIRA e BRAGA, 2005).

É cediço que a Grécia Antiga é o berço da cidadania, mesmo que dela fossem excluídos estrangeiros, mulheres e crianças, e a “loucura” mesmo figurando como manifestação divina, o acometido também não era reconhecido cidadão daquela ordem Estatal. Silveira e Braga ensinam que, na Antiguidade Clássica, paulatinamente, o quadro do “louco” começa a mudar para a marginalização de sua pessoa, passando a “ocupar o lugar de representante simbólico do mal” (2005, p.1), tendo tal interpretação chegado ao extremo no período da Inquisição religiosa. Nesse contexto, Millani e Valente (2008, p.1) apontam que, “[...] a loucura foi entendida como manifestação do sobrenatural, demoníaco e até satânico, e classificada como expressão de bruxaria, cujo tratamento caracterizou-se pela perseguição aos seus portadores, [...]”, sendo os hereges considerados loucos, bruxos e feiticeiros, servidores das forças do mal.

À época, além de não serem considerados cidadãos, as pessoas com transtornos psíquicos eram perseguidas, denegridas e desprezadas, sendo equiparadas a malfeitores, e tendo sua dignidade e direitos naturais açoiados em razão das suas limitações mentais, vivendo excluídas da sociedade.

No início da Renascença, práticas desumanas eram empregadas aos “loucos”, uma delas consistia em jogar as pessoas com transtorno mental em rios: “[...] como cargas insanas em embarcações que recebiam o nome de Nau dos Loucos. Essas embarcações dispunham de um valor simbólico, como um ritual que libertava a sociedade dos doidos.” (MILLANI e VALENTE, 2014, p.1). Foucault (1978, p.16) observa que: “[...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida.” A isso, acrescenta-se que “Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos.” (FOUCAULT, 1978, p. 13).

Tais ações correspondem a um sentimento e exercício de segregação, preconceito e desvalorização do sujeito “louco” em face dos seus transtornos mentais. Desta sorte, a sociedade descrevia da cura e do próprio “louco”. Para essa ordem social a pessoa que não possuísse faculdades

mentais “perfeitas” não passava de um estorvo.

Em meados do século XVIII, a partir do surgimento da sociedade industrial, e pelo fato de as cidades estarem cada vez maiores, o “louco”, cada vez menos, encontrava lugar na ordem social (MINAS GERAIS, 2006) e as pessoas com sofrimento psíquico que viviam pelas ruas, passaram a ser internadas em Hospitais Gerais. Assim, a loucura perdia totalmente certa “liberdade” que possuía na antiguidade, sendo, conforme Foucault (1979), antes desta época, considerada erro ou quimera, não havendo o internamento e separação deste sujeito da sociedade, apenas em casos de oferecer perigo extremo.

Porém, com o advento da Revolução Francesa, vingando ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, surgia uma reestruturação social, não sendo mais admitida a internação arbitrária de nenhum sujeito, exceto o “louco”. Com isso, surgiram os manicômios e a psiquiatria (MINAS GERAIS, 2006). Todavia, tais práticas e estudos não eram plenos em seu cuidado, não garantindo o acesso eficaz à saúde e à cidadania. No entanto, este fora um pequeno começo para a construção de uma cidadania sadia das pessoas com sofrimento psíquico, não devendo ser desprezado.

No século XX, houve crescimento dos manicômios, mas sua estrutura era incipiente, não atendendo as necessidades dos internados, em condições péssimas de hospedagem e alimentação, além de relatos de maus-tratos. Desta feita, “Ao final da II Guerra Mundial, era dramática a situação dos hospitais psiquiátricos. Surgiram, então, os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica” (MINAS GERAIS, 2006, p. 24).

Esses movimentos de reforma visavam substituir os leitos em hospitais psiquiátricos por centros de apoio ao sofredor psíquico, permitindo o contato com a sociedade e proporcionando-lhe um sentimento de pertencimento e de cidadania. Por isso, “a Reforma e sua proposta de desinstitucionalização foram saudadas como um movimento de resgate da cidadania e da dignidade do louco” (GABBAY, 2010, p. 44).

No Brasil, porém, até a década de 1980, praticamente não se viu avanços. E das maiores omissões da sociedade, promovida pelo Estado, foi o caso do manicômio denominado Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais. O renomado psiquiatra, Franco Basaglia, quando em visita ao local no ano de 1979 assim relatou: “Estive hoje num campo de concentração nazista.

Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (*apud* BRUM, 2013, p. 7). Arbex (2013) afirma que não havia critério médico para as internações naquele local e, os diagnósticos muitas vezes eram padronizados. Eram internados negros, homossexuais, mendigos, militantes políticos, mães solteiras, jovens que haviam perdido a virgindade antes do casamento, alcoólatras, pobres, enfim, tudo o que fosse considerado estorvo à sociedade, pois naquela época era preponderante a teoria eugenista que fortalecia a ideia de limpeza social, justificando assim as práticas abusivas daquele Hospital.

Assim, a instituição psiquiátrica incorreu em sérios descasos às práticas do cuidado, do tratamento terapêutico, e da reintegração ao convívio social. Neste, que era o maior hospício do Brasil, viviam cerca de 280 pessoas, que nas baixas temperaturas, dormiam em cima umas das outras na tentativa de aquecerem seus corpos, culminando muitas vezes em doenças e mortes (ARBEX, 2013). Dentre as ilegalidades, pela quantidade de pessoas que morriam, passaram a comercializar os corpos para estudos científicos, bem como a vender as ossadas, conforme expõe Brum (2013, p. 5):

Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes, para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida.

Conforme Arbex (2013), eram considerados terapêuticos os tratamentos com eletrochoques, por causa do controle e intimidação dos internos. Em uma entrevista colhida para o seu livro “holocausto brasileiro”, apurou o seguinte relato de um médico que atuou no Colônia: “Havia um total desinteresse pela sorte. Basta dizer que os eletrochoques eram dados indiscriminadamente. Às vezes, a energia elétrica da cidade não era suficiente para aguentar a carga. Muitos morriam, outros sofriam fraturas graves.” (ARBEX, 2013, p. 24). Este caso foi das maiores omissões do Estado brasileiro no que diz respeito aos direitos humanos, sendo o causador da morte de 60 mil pessoas. Tal quadro no país só se transformaria a partir da década de 1980 com os movimentos de luta antimanicomial.

O Hospital Colônia ainda existe, mas hoje com o nome de “Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena”, tendo passado por reestruturações a fim de se adequar aos novos moldes dos serviços terapêuticos. Todavia, fato é que isso não apaga a cidadania, dignidade, honra, dentre outros

direitos que foram usurpados dos indivíduos, gerando um hiato na vida dos que passaram por esta instituição ou morreram nela.

3 A LUTA ANTIMANICOMIAL

O fim da segunda Guerra Mundial permitiu diversas experiências de reforma psiquiátrica, tais como: comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva e comunitária, dentre outras. O afamado psiquiatra Paulo Amarante (2010), lembra que, no Brasil, essas experiências eram marginalizadas, acontecendo em um ou outro grupo ou serviço. Porém, tiveram significância por trazerem à sociedade uma possibilidade de repensar o tratamento terapêutico ao sofredor mental.

A política pública em saúde mental no país teve seu marco inicial em 1968, propondo uma desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, promovendo, desta feita, a criação de serviços de assistências ao sofredor psíquico. Segundo Silva Filho, tais serviços assistenciais proporcionaram “[...] aspectos básicos da vida moderna. O direito de asilo, que até então correspondia ao isolamento, transformou-se em inclusão social. Morar na cidade é terapêutico para os doentes assistidos, pois podem ser acolhidos, cuidados e continuar sendo acompanhados.”. E acrescenta: “A participação democrática dos pacientes em seu tratamento nas comunidades terapêuticas abarcou novos espaços além dos muros de uma cidadela asilar e construiu os determinantes de 1968 para a política pública em saúde mental.” (2008, p. 98).

Portanto, os movimentos de reforma psiquiátrica não são meramente estrutural ou organizacional, mas, um meio de tornar a sociedade também participante e corresponsável nas lutas das pessoas com sofrimento psíquico.

Em 1978, houve uma greve dos profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental, motivada pelas condições precárias de trabalho, denúncias de trabalho escravo, agressões, estupros e mortes não investigadas, com ameaças e violências sofridas tanto pelos profissionais quanto pelos internados. A mobilização recebeu apoio do Movimento de Renovação Médica (REME), promovendo reuniões constantes para debater os rumos da saúde mental, levando a organizar, tanto o Núcleo de Saúde Mental do Sindicato dos Médicos, como o Núcleo de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). AMARANTE (2010)

Nessa efervescência, forma-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que denuncia à população brasileira “[...] a falta de recursos das unidades, a consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhistas nacionais” (AMARANTE, 2010, p.62). Esse movimento realizou diversos eventos no Brasil, inclusive com a participação da Ordem dos Advogados do Brasil, para que as lutas antimanicômias deflagradas pelo MTSM não se perdessem no decurso do tempo, nem caíssem no esquecimento das autoridades e da população brasileira, buscando também, o apoio de diretorias e associações dos setores mais conservadores em saúde mental. (AMARANTE, 2010, p.62).

Em 1980, devido às inúmeras denúncias contra as instituições psiquiátricas e outros problemas sofridos pelos profissionais de saúde mental e dos seus pacientes, foi instaurada no Congresso Nacional a primeira Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), para apurar o que ocorria no âmbito da assistência psiquiátrica no Brasil, ao mesmo tempo em que também era revista a legislação civil e penal, em artigos que tratam da pessoa com sofrimento psíquico (AMARANTE, 2010). Os esforços empreendidos pela militância do MTSM surtiram resultados positivos, pois conseguiam levar ao Congresso as graves infrações ocorridas no âmbito da saúde mental, levando os políticos a refletirem sobre questões como a conquista da cidadania para os sofredores mentais e profissionais de saúde deste setor.

Em 1987, o MTSM, encabeçou a luta “Por uma Sociedade sem Manicômios”. Essa luta trazia consigo um lema estratégico que remetia

[...] para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção de experiências de desinstitucionalização. Esta, implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais. (BARROS, 2010, p. 90).

A mobilização se tornou escopo para a criação do projeto de lei (PL) 3.657/89 que propunha a criação de práticas assistenciais em substituição aos hospitais psiquiátricos. Em 2001, a Lei n. 10.216 que dispõe sobre a proteção e direito das pessoas com transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e consolidando as lutas travadas em favor da reforma psiquiátrica, foi aprovada, sendo o fruto do PL 3.657/89.

4 CONSTITUIÇÃO DE 1988 E A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: a efetivação da cidadania para os sofredores psíquicos?

A Constituição Brasileira de 1988, incorporou ao seu texto normas que traziam no seu arcabouço a responsabilidade do Estado em tutelar a assistência pública e a proteção à saúde às pessoas que fossem ou não deficientes. Seu art. 23 assim versa: “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, CR/88, 2010, p.15). Aos “novos direitos” garantidos às pessoas “especiais”, é mister concordar com Coelho (2014) quando assevera que, nada deixou a desejar no núcleo essencial desta Carta Cidadã quando assegurou e garantiu aqueles direitos que no decorrer da história foram os reclamos dos indivíduos que necessitavam de uma proteção específica do Estado em decorrência das suas fragilidades.

Ocorre que dos direitos merecidos às pessoas com transtorno mental, o acesso à saúde é premente, pois com frequência carecem de tratamentos ambulatoriais e terapêuticos para terem um viver mais salutar dentro de suas limitações. No Art. 196 da referida carta cidadã temo que “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.” Tal garantia é também consequência dos movimentos de reforma que ocorreram entre 1968 e 1987 em sua luta por dignidade na assistência a saúde e a promoção² da mesma. Para Sarlet (2014), compreendem-se no direito fundamental à saúde os aspectos curativos, preventivos e promocionais. E, especificamente, no sentido curativo, tem-se os tratamentos terapêuticos e ambulatoriais contínuos com fins de, no mínimo, contribuir para uma sensível melhora na qualidade de vida das pessoas.

Em 1989, ano seguinte à promulgação da Constituição Federal, ocorreram eventos de grande significado para o avanço dos direitos da pessoa com transtorno mental, como as conferências em saúde mental que ocorriam pelo Brasil, e em consequência foram criados o primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos (AMARANTE, 2010). Outro grande esforço empregado em favor de uma legislação para os sofredores psíquicos, veio através do deputado federal Paulo Delgado no Projeto de Lei n. 3.657/89, que dispunha sobre a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por

² O termo “promoção”, enfim, atrela-se à busca da qualidade de vida, por meio de ações que objetivem melhorar as condições de vida e de saúde das pessoas (SCHWARTZ, 2001 apud SARLET, 2014).

outros recursos assistenciais” (DELGADO, 1989, p. 30).

Houve, portanto, o esforço do legislador em oportunizar aos usuários do serviço em saúde mental uma nova forma de tratamento, dando-lhes mais dignidade e cidadania em seus procedimentos e atendimentos. Interessante ressaltar também que a proposta era que toda sociedade se envolvesse na luta dessas pessoas e também tomasse parte como fiscalizadores do cumprimento da lei que protegeria os direitos da pessoa com transtorno mental. À vista disso, esta PL convidava então advogados, cientistas, militantes da luta antimanicomial e poder público para que fizessem desta Lei uma causa de todos.

Com base nas experiências vistas no contexto mundial da época, ao justificar os porquês da criação da PL 3.657/89, Paulo Delgado enunciava que ocorria no mundo um processo irreversível revelando ser possível a substituição de manicômios por serviços e atendimentos em saúde mental mais humanos, terapêuticos e menos violentos e segregadores. Ainda segundo Delgado:

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial [...] A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, digna e ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais. Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e liberdades dos pacientes (1989, p.31).

Apesar de muito tempo de omissão estatal acerca da proteção da pessoa com deficiência, ainda era possível promover o respeito, a cidadania, a dignidade, o orgulho para estes indivíduos através de novas práticas que promovessem um tratamento eficaz e uma integração entre a sociedade e o “louco”, dando-lhes, conseqüentemente, sentido à vida. Esta PL foi aprovada em 1990 na câmara dos deputados, sendo também a primeira lei em discussão sobre a reforma psiquiátrica em parlamento latino-americano (ARBEX, 2013).

Decorrido doze anos, dentre envios ao Senado, rejeição da PL, emendas a mesma, reformulações, entre outros, o Projeto de Lei n. 3.657/89 foi aprovado e sancionado, surgindo como a Lei n. 10.216/01, que versa sobre os direitos e proteção da pessoa com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no Brasil³.

³ Lei n. 10.216/01, de 06 de Abril de 2001.

O cenário brasileiro foi palco de grandes mudanças na esfera da concretização e avanços na área da saúde mental, vindo a consagrar como efetivação dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento mental a Lei n. 10.216/01. Após a implantação desta Lei, em um lapso temporal de 10 (dez) anos, caiu de 50 para 30 mil os leitos em hospitais psiquiátricos, sendo também desativados um total de 45 instituições psiquiátricas (ARBEX, 2013).

A Lei trouxe novas perspectivas para o sofredor psíquico no que corresponde às formas de tratamento terapêutico e ambulatorial. Proporcionou também que fosse realizada através dos programas em saúde mental voltados aos seus usuários uma melhor interação entre paciente, família e comunidade. Essas práticas interativas são decorrentes dos anos 1990, onde os efeitos dos movimentos de reforma antimanicomial passavam a ter resultados mais concretos.

O parágrafo único do artigo 2º da Lei n. 10.216/01 em epígrafe preceitua os direitos da pessoa com sofrimento psíquico e diz que estes deverão ser expostos aos pacientes quando atendidos por algum programa do governo em saúde mental.

Art. 2o [...]

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 (BRASIL, MS, 2001, p.1).

Percebe-se o zelo do legislador em proporcionar esse aparato Estatal à pessoa com transtorno mental com a finalidade de fazer com que os serviços em saúde mental de fato pudessem ser eficazes nos tratamentos precisados por seus usuários. No que diz respeito a essa proteção, o art. 1º dispunha que:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata

esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001, p.1).

Entende-se, portanto, que este dispositivo veio firmar a necessidade de se observar como premissa fundamental o tratamento equânime a todos que forem alcançados por esta rede de cuidados, promovendo, assim, as bases para a justiça social.

O artigo 3º reforça também a responsabilidade do Estado em garantir melhores serviços em saúde mental, compartilhando este cuidar juntamente com a família e comunidade a qual o paciente está inserido, sendo prestadas essas assistências em locais adequados para o funcionamento dos programas.

No que tange ao internamento desses usuários, quando comprovadas que as medidas extra-hospitalares não foram suficientes, o artigo 4º traz a orientação razoável a ser feita para que continue sendo respeitadas as particularidades do paciente e garantida sua dignidade. Quanto aos modos e tratamentos dos usuários desses serviços, o artigo em questão versa que:

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o (BRASIL, MS, 2001, p.1).

Na lei há um profundo respeito à cidadania destas pessoas, porquanto está intrínseca nesta disposição legal a necessidade de promover a resignificação do ser destes indivíduos enquanto atores sociais, paralelamente ao contato com a comunidade.

Em relação àqueles usuários que estavam por longo tempo hospitalizado totalmente dependente desta instituição, o artigo 5º dispôs que:

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 psi-

cossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário (BRASIL, MS, 2001, p.1).

Em relação ao supramencionado, em 2003 foi criado o “Programa De Volta Para Casa”, através da Lei n. 10.708/03, que visava o acompanhamento e a reintegração social dos egressos de hospitais psiquiátricos, fornecendo-lhes também durante certo tempo uma ajuda pecuniária. Este benefício pecuniário também poderia se estender aos egressos dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, desde que autorizados por decisão judicial⁴.

Nas palavras de Santoro Filho (2014) a Lei em destaque transformou a estratégia do atendimento em saúde mental que vigorava, estabelecendo assim a:

[...] excepcionalidade da internação, somente quando os recursos extra-hospitalares não se mostrassem suficiente; a proteção dos direitos do portador de transtorno mental contra abusos no tratamento; o reconhecimento do paciente como sujeito e titular de direitos; a preocupação com o melhor tratamento, e não apenas com a “segurança” social; a reinserção social gradual do usuário do sistema de saúde mental (p. 29-30).

A lei preocupa-se, portanto, em garantir serviços eficazes de modo a fazer com que a pessoa com transtorno mental sinta-se cidadã, exercendo sua cidadania de forma livre através da possibilidade de comungar com sua família e comunidade ao mesmo tempo em que é tratada em suas limitações psíquicas.

Considerando a Lei n. 10.216/01, a Portaria 336 do Ministério da Saúde (MS) e Lei n. 10.708/03, a Portaria 3088 GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, passou a instituir a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, os denominados CAPS. (BRASIL, MS, 2011, p.1).

Com este suporte, houve a abrangência do CAPS II no atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, uma vez que veio a ampliar a rede de atendimento estabelecendo ações intersetoriais com vistas à promoção da cidadania para seus usuários.

A Portaria GM/MS/2011 determina:

⁴Lei n. 10.708, de 31 de Julho de 2003.

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
 - II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
 - III - combate a estigmas e preconceitos;
 - IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
 - V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
 - VI - diversificação das estratégias de cuidado;
 - VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
 - VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
 - IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
 - X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- [...] (BRASIL, MS, 2011 p. 1).

A nova disposição se preocupa com a garantia do exercício da cidadania, trazendo à tona o que por bastante tempo fora olvidado: que a pessoa com transtornos mentais pode ter autonomia e ser o autor de sua história. De tal forma, nota-se um processo de transformação e aperfeiçoamento, ao longo dos anos nos objetivos dos CAPS, passando de um sistema de desinstitucionalização, para um Centro não apenas de tratamento, mas também de convívio social para aqueles que necessitam de sua assistência de forma a corroborar também com o exercício de sua cidadania.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou refletir sobre o percurso histórico das pessoas com sofrimento mental na conquista do acesso efetivo à cidadania, possibilitando inserção, de forma digna, no corpo da sociedade. Tal temática ainda é pouco debatida no campo do Direito. No entanto, é necessário que os olhares e discussões se voltem para esta questão a fim de que a legislação brasileira, as políticas públicas e os programas do Governo possam continuar adequando suas normas e melhorando suas estruturas, uma vez que os sofredores mentais merecem estar inseridos na sociedade brasileira, pertencendo a ela de forma cidadã.

Decerto, não apenas a elaboração de leis infraconstitucionais, mas o seu cumprimento efetivo, traduzindo-se na melhoria dos serviços em saúde mental, compõem uma parte do que deve ser feito para contribuir com a concretização do direito à cidadania estabelecido na carta constitu-

cional de 1988 para todos os cidadãos brasileiros, dentre estes, tem-se os sofredores mentais. É mister a humanização dos sistemas públicos em saúde, como dos próprios cidadãos para que possam compreender e colaborar com a luta de pessoas que vêm buscando uma melhor qualidade de vida para os cidadãos que sofrem de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho [coord.]. **Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil** [livro eletrônico]. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2013.
- BARROS, Denise Dias. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. IN: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 4ª reimpressão, 2010, p. 90.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. – 33. Ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 103 p. – (Série textos básicos; n. 58).
- _____. **Lei n. 10.216, de 6 de Abril de 2001**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 01 de novembro de 2014.
- _____. **Ministério da Saúde**. Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011.
- BRUM, Eliane. Os Loucos Somos Nós. In: ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2013, p. 5.
- DELGADO, Paulo. Projeto de Lei n. 3.657 de 1989. In: **Sala das Sessões**. Brasília: Diário do Congresso Nacional – Seção I. Ano XLIV, n. 127, p. 30-1. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 19/04/2015
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- GABBAY, Rochelle. **Cidadania e Loucura: Um Paradoxo?** Rio de Janeiro: Polêmica, v. 9, n. 3, p. 43 – 55, julho/setembro 2010.
- MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. **O Caminho da Loucura e a Transformação da Assistência aos Portadores de Sofrimento mental**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008.

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-6976200800200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 de outubro de 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental** - Linha-guia em saúde mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006.

SANTORO FILHO, Antonio Carlos. **Direito e Saúde Mental**. Edição Digital, São Paulo: Verlu Editora, 2014. Inclui legislação.

SANTOS JÚNIOR, Hudson Pires Oliveira. **Uma casa... é o habitar da cidade!**: a busca da singularidade que permeia o serviço de residência terapêutica mista do município de Campina Grande - PB. Relatório (PIBIC) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2008.

SARLET, Ingo W. Comentário ao artigo 6º. In: CANOTILHO, J. J. Gomes; MENDES, et al. **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2014. p. 547.

SILVA FILHO, João Ferreira da [org.]. **1968 e a Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, **Violante Augusta Batista**. Acerca do Conceito de Loucura e Seus Reflexos na Assistência de Saúde Mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de outubro de 2014.