



conferência
nacional
de saúde
mental

BRASÍLIA
D.F.
1 A 4
067 92

A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO
EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: MODELO ASSISTENCIAL
DIREITO À CIDADANIA

E
I105DB8
3cn

APRESENTAÇÃO

A realização da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL é resultado de entendimento entre os diversos setores sociais interessados na questão de saúde mental. É consensual, entre os usuários, técnicos, governo e prestadores de serviços, a necessidade e urgência de estabelecimento de uma nova política de saúde mental.

A Conferência Regional de Caracas para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica nas Américas (1990) e a IX Conferência Nacional de Saúde (1992) apontaram para a premência de ampla revisão da legislação específica e do modelo assistencial predominante na área de saúde mental, o que está expresso no temário central da presente Conferência.

Coerentemente com os princípios da Reforma Sanitária brasileira, e mais precisamente com as diretrizes para o Sistema Único de Saúde emanadas da IX Conferência Nacional de Saúde, a etapa nacional da II Conferência Nacional de Saúde Mental pretende ser a culminância de um processo, iniciado nos níveis municipal e estadual, que resulte em princípios e diretrizes para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil.

Brasília, 01 de dezembro de 1992

Comissão Organizadora

SUMÁRIO

	PÁGINAS
I Regimento Interno da II CNSM.....	1 a 8
II I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final.....	9 a 29
III Declaração de Caracas/OPS/OMS.....	30 a 31
IV Reforma Psiquiátrica – a questão das novas tecnologias de cuidado: Relatório Final da Oficina da Abrasco (Porto Alegre/maio/1992).....	32 a 45
V Elementos para uma Análise da Assistência em Saúde Mental.....	46 a 59
VI Portarias da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde 189/91 (D.O.U. 11/12/91) e 224/92 (D.O.U. 30/01/92).....	60 a 66
VII Programa de Atenção em Saúde Mental: Proposta da Federação Brasileira de Hospitais.....	67 a 73
VIII A Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental – Organização das Nações Unidas (17/12/1991).....	74 a 90
IX A Cidadania dos Doentes Mentais no Sistema de Saúde do Brasil.....	91 a 95
X Saúde Mental e Cidadania.....	96 a 106
XI Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional.	107 a 114
XII Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo.....	115 a 119

REGIMENTO DA II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO I

Dos objetivos:

Art. 1º – A II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL terá por finalidade, através da discussão democrática entre os diversos setores da sociedade, definir diretrizes gerais para a "Reforma Psiquiátrica", no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, orientando a reorganização da atenção em Saúde Mental no Brasil nos planos assistencial e jurídico-institucional. Terá por norte as Resoluções da IX Conferência Nacional de Saúde e da Conferência de Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina.

CAPÍTULO II

Da realização:

Art. 2º – A realização da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL ocorrerá em etapas, nos âmbitos municipal, regional, estadual e nacional, nas quais será debatido o temário central.

§ 1º – A etapa municipal deverá ocorrer nos municípios, regiões ou agrupamento de municípios vizinhos onde houver interesse e condições para sua realização, por deliberação de uma das seguintes instâncias de decisão:

- I – Conferência Municipal de Saúde.
- II – Conselho Municipal de Saúde.
- III – Secretaria Municipal de Saúde.

§ 2º – A etapa estadual é obrigatória e deverá ser convocada por deliberação de uma das seguintes instâncias:

- I – Conferência Estadual de Saúde.
- II – Conselho Estadual de Saúde.
- III – Secretaria Estadual.

§ 3º – A unidade da Federação que não realizar a etapa estadual da II CNSM, não terá direito a enviar delegados à etapa nacional.

Art. 3º – As etapas da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL serão realizadas nos seguintes períodos:

- I – Etapa estadual – até 30/10/92
- II – Etapa nacional – 01 a 04/12/92

§ 1º – A etapa nacional será realizada em Brasília, sob os auspícios do Ministério da Saúde, com apoio da Organização Panamericana da Saúde.

§ 2º – O adiamento ou cancelamento da etapa nacional será de competência da Comissão Organizadora, submetida a decisão ao Conselho Nacional de Saúde.

CAPÍTULO III

Do temário:

Art. 4º – A II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL terá como tema: "A REESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania", com o seguinte temário:

- I – Crise, Democracia e Reforma Psiquiátrica.
- II – Modelos de Atenção em Saúde Mental.
 - a) Marcos Conceituais.
 - b) Gerenciamento, Comissão Gestora e Controle Social.
 - c) Municipalização e Distritalização.
 - d) Recursos Humanos,
 - e) Financiamento.
 - f) Vigilância em Saúde e Integralidade das Ações.
 - g) Doença Mental, Família e Comunidade.
- III – Direitos de Cidadania
 - a) Revisão de Legislação Psiquiátrica.
 - b) Direitos Cívicos.

- c) O Código Penal: Periculosidade e Hospital de Custódia e Tratamento (Manicômio Judiciário).
- d) Direitos Trabalhistas.
- e) Drogas e Legislação.
- f) Direitos do Usuário.

§ Único – Haverá ainda apresentação de painéis preliminares, que se realizarão no dia 01/12 das 14:00hs às 17:30hs sobre o seguinte temário:

- a) Experiências internacionais.
- b) Tendências mundiais de legislação psiquiátrica.

Art. 5º – Reuniões de entidades e segmentos sociais deverão ser previamente solicitadas ao Comitê Executivo, até 20/11/92

§ Único – A Comissão Organizadora fará realizar uma reunião sobre o tema "Cooperação Internacional" às 18:00hs, do dia 02/12/92

Art. 6º – A Comissão Organizadora promoverá a distribuição de textos sobre o temário central, que subsidiarão as discussões desde a etapa municipal da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

CAPÍTULO IV

Da organização da II Conferência Nacional de Saúde Mental

Art. 7º – A II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL será presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e, na sua ausência, pelo seu substituto.

Art. 8º – Para a organização e desenvolvimento de suas atividades, a II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL contará com uma Comissão Organizadora a ser instituída na forma de portaria pelo Ministro de Estado da Saúde, e que terá a seguinte composição:

- a) 02 representantes do MS;

- b) 01 representante da OPAS;
- c) 06 representantes das Coordenações Estaduais de Saúde Mental, um por macrorregião;
- d) 05 representantes das Coordenações Municipais de Saúde Mental indicados pelo CONASEMS;
- e) 02 representantes da Plenária Nacional de Entidades de Saúde;
- f) 02 representantes do Movimento Nacional de Luta Anti-manicomial;
- g) 02 representantes dos prestadores privados de serviço;
- h) 02 representantes de entidades de usuários;
- i) 01 representante da OAB;
- j) 01 representante da ABP.

§ Único – A Comissão Organizadora funcionará como colegiado. Será coordenada pelo representante do MS.

SEÇÃO I

Das atribuições da Comissão Organizadora

Art. 9º – A Comissão Organizadora tem as seguintes atribuições:

- a) Consultar a sociedade civil através das representações da sociedade e acolher sugestões daí advindas sobre o temário, a forma de organização e o regimento interno da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL;
- b) Promover a realização da Conferência, atendendo aos aspectos técnicos, políticos, administrativos e financeiros;
- c) Aprovar as propostas do Regimento da Conferência e submetê-lo ao Conselho Nacional de Saúde;
- d) Aprovar a programação e o regulamento das apresentações e debates da etapa nacional.
- e) Aprovar os critérios e modalidades de participação e representação dos interessados, bem como o local da realização da Conferência;

- f) Aprovar a proposta do plano de aplicação dos recursos financeiros relativos à Conferência e a posterior prestação de contas, e submetê-los à aprovação dos órgãos competentes do Ministério da Saúde.
- g) Publicar os anais da Conferência e promover a sua divulgação.
- h) Designar um Comitê Executivo.
- i) Criar e designar membros para Grupos de Trabalho aderidos ao Comitê Executivo, se assim se fizer necessário.

Art. 10º – Ao Comitê Executivo, coordenado pelo representante do MS, cabe executar as funções técnicas, administrativas e financeiras relativas à realização da II CNSM, e especialmente:

- a) Dar cumprimento às deliberações da Comissão Organizadora.
- b) Estimular e apoiar, sempre que necessário, as etapas municipais e estaduais da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.
- c) Elaborar a proposta de programação, do regimento da II Conferência e do regulamento da etapa nacional da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.
- d) Elaborar proposta definindo critérios e modalidades de participação e representação.
- e) Organizar a divulgação da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.
- f) Elaborar o plano de aplicação de recursos financeiros à realização da Conferência e realizar a prestação de contas.
- g) Propor a celebração de contratos e convênios.
- h) Promover a elaboração de documentos técnicos do temário da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.
- i) Editar os Anais da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL e promover a sua divulgação.

§ Único – O Comitê Executivo contará com suporte técnico, administrativo e financeiro do Ministério da Saúde para a realização das atividades da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.

Art. 11 – Compete ao Coordenador do Comitê Executivo:

- a) Promover, coordenar e dirigir as atividades do Comitê.

- b) Assinar contratos e convênios.
- c) Autorizar despesas relativas à II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.
- d) Delegar competência aos demais membros do Comitê Executivo.

§ Único – O Coordenador do Comitê Executivo será substituído em seus impedimentos eventuais por outro membro do Comitê Executivo.

CAPÍTULO V

Dos membros da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

Art. 12 – A II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, em suas diversas etapas, deverá contar com a participação de membros representantes de órgãos públicos, entidades de classe, organizações patronais, representantes de conselhos, associações, sindicatos e federações de profissionais de saúde, das entidades e organizações da sociedade civil, e das entidades de usuários, interessados nas questões relativas à saúde mental e à reforma psiquiátrica.

§ Único – Coerente com os princípios que regem a IX Conferência Nacional de Saúde, particularmente o parágrafo 4º do Artigo 1º da Lei nº 8142/90, a representação dos usuários na II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, em todas as suas etapas, será paritária em relação ao conjunto dos representantes do governo, prestadores de serviços, aparelho formador e profissionais de saúde, inclusive entre os delegados.

Art. 13 – Os membros da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, em todas as suas etapas, se distribuirão em três categorias, conforme definidas no Regimento da IX Conferência Nacional de Saúde.

- a) Delegados com direito a voto.

- b) Convidados.
- c) Observadores.

Art. 14 – Serão delegados na II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL:

- a) Delegados eleitos em cada estado e Distrito Federal, em Conferência Estadual de Saúde Mental, na proporção de 01 para cada 300.000 habitantes, de acordo com a última estimativa oficial do IBGE, garantindo o número mínimo de 08 delegados por estado.
- b) Delegados natos compostos pelos membros efetivos do Conselho Nacional de Saúde, e membros da Comissão Organizadora.

§ Único – A composição percentual dos delegados eleitos em cada Conferência Estadual de Saúde Mental deverá obedecer a critérios estabelecidos pela Comissão Organizadora, com base no princípio da paridade, e adequados à realidade estadual:

I – Organização dos usuários e sociedade civil: 50%

- a) Movimentos populares, sindicais, entidades de classe e associações de usuários de Serviços de Saúde – 20%.
- b) Conselhos municipal e estadual – 15%.
- c) Associações, organizações e entidades de usuários de Serviços de Saúde Mental, familiares e pacientes – 15%.

II – Administração pública, prestadores de serviços privados, instituições formadoras e trabalhadores de saúde mental: 50%

- a) Administrações municipais – 15%
- b) Administração estadual – 5%
- c) Trabalhadores em saúde mental – 15%
- d) Prestadores de serviços privados – 10%
- e) Instituições formadoras – 5%

Art. 15 – O credenciamento de delegados à etapa nacional deverá ser feito junto ao Comitê Executivo até 03/11/92.

CAPITULO VI

Art. 16 – As despesas com a organização geral da etapa nacional da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL ocorrerão à conta da dotação orçamentária consignada ao Ministério da Saúde e/ou por recursos de outras fontes.

§ Único – Do orçamento para a realização da II CNSM, uma parcela deverá ser destinada a viabilizar a participação dos delegados de que trata o item I – letra c do parágrafo Único do art. 14 e dos delegados membros da Comissão Organizadora.

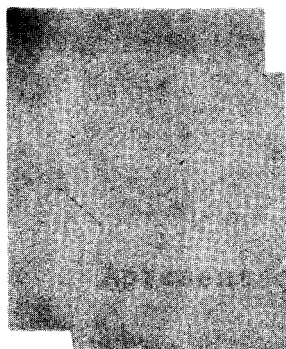
CAPITULO VII

Disposições gerais

Art. 19 – O Ministério da Saúde promoverá o apoio técnico, administrativo e financeiro necessário ao funcionamento da Comissão Organizadora e Comissão Executiva da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.

Art. 20 – Caberá ao Ministério da Saúde viabilizar campanha institucional em cadeia de rádio e TV, para divulgar a realização da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL e dos princípios que a norteiam.

Art. 21 – As atribuições da Comissão Organizadora e do Comitê Executivo se encerram com a publicação dos Anais da II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.



**I CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE MENTAL**

25 a 28 de junho de 1987

RELATÓRIO FINAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

BRASÍLIA – 1988

© 1988. Ministério da Saúde

Série D: Reuniões e conferências, 5

Centro de Documentação do Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios - Bloco "G" - Térreo

70058 Brasília / DF

Telefones: (061) 226-8286 e 226-8275

Telex: (061) 1752 e 1251

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Capa: Carlos – 1949, Museu de Imagens do Inconsciente

Centro Psiquiátrico Pedro II – Rio de Janeiro

Promoção:

- Ministério da Saúde / Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde / Divisão Nacional de Saúde Mental
- Ministério da Previdência e Assistência Social / Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- Ministério da Educação / Secretaria de Educação Especial

Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987.
I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório
final / 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília:
Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988
43 p. - (Série D. Reuniões e conferências, 5)

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

SUMÁRIO

	PÁGINAS
Apresentação	12
Tema I	
– Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental	14 a 16
Tema II	
– Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental.....	17 a 22
A - Princípios gerais.....	17
B - Princípios básicos.....	18
C - Reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços	19
D - Política de recursos humanos	22
Tema III	
– Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental	23 a 29
A - Recomendações à Constituinte	23
B - Reformulação da Legislação Ordinária.....	24

Apresentação

A realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde, representa um marco histórico na psiquiatria brasileira, posto que reflete a aspiração de toda a comunidade científica da área, que entende que a política nacional de saúde mental necessita estar integrada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal.

Por outro lado, permite que se reúnam as diferentes categorias profissionais ligadas à área específica, bem como partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associações de usuários, instituições de ensino e demais segmentos da sociedade para que, num esforço coletivo, viabilizem o intercâmbio de informações para a melhoria da qualidade assistencial, num processo participativo e democrático.

Esta oportunidade não pode ser desperdiçada. As aparentes contradições entre o discurso científico e o discurso político nada mais são do que importantes elementos propulsores do processo de elaboração de propostas para a inserção das ações de saúde mental nas ações de saúde em geral, cuja consolidação tem início nesta I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Evaldo Gomes Leite Vieira
Presidente da Conferência

A I Conferência Nacional de Saúde Mental contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e demais segmentos representativos da sociedade. Sua estruturação constou de três temas básicos, a saber:

- I – Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental;
- II – Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- III – Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Os participantes, sob a forma de grupos de trabalho, debateram os referidos temas, resultando das discussões um documento que foi apreciado e votado em assembléia final e transformado no presente relatório.

TEMA I

ECONOMIA, SOCIEDADE E ESTADO: IMPACTOS SOBRE SAÚDE E DOENÇA MENTAL

O desenvolvimento peculiar do capitalismo brasileiro, caracterizado por um modelo econômico altamente concentrador, que se acentuou após o golpe militar de 64, determinou para nosso país uma organização social traduzida por profundas desigualdades, fundamentada em uma notável concentração de renda e de propriedade na mão de uma minoria.

Tal modelo acarretou a expulsão de enormes contingentes populacionais do campo para a periferia dos grandes centros urbanos, consolidando a formação de grandes latifúndios.

Esta população rural, expropriada de suas terras, migra para as grandes cidades em busca de melhores condições de vida e de trabalho. Esse fluxo migratório, que interessa ao modelo econômico adotado, liberou um imenso contingente humano de força de trabalho, gerando um vasto exército de reserva, determinando uma grande demanda na procura de emprego, barateando, assim, o valor da mão-de-obra e aumentando, ainda mais, o lucro (a taxa de mais valia) das classes dominantes, proprietárias do capital e dos meios de produção, agravando, em consequência, as condições de subemprego, desemprego e baixa remuneração da maioria da classe trabalhadora.

Esta situação determinou, por sua vez, a precariedade das condições materiais de vida da maioria da população brasileira.

Por outro lado, pelas circunstâncias assinaladas, de enorme disponibilidade da força de trabalho no mundo capitalista, além da multiplicação do ritmo de produção, a luta pela melhoria das condições de trabalho fica seriamente comprometida. Daí ser a jornada de trabalho, em nosso país, uma das maiores dentre as nações mais industrializadas do mundo capitalista.

Com efeito, como importantes e significativos estudos mostram, este quadro determina um extenso e grave perfil de morbidade em nosso país e um elevado número de mortes e acidentes no trabalho: dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, de 1980, revelam 12 mortes e mais de 3.000 acidentes diários de trabalho (números sabidamente subestimados).

Uma política de saúde realmente comprometida com as reais necessidades de saúde da população tem que, necessariamente, se referenciar nestes aspectos essenciais da nossa conjuntura.

Assim, o conceito de saúde deve ser ampliado e, ainda, passar por uma mudança significativa destes determinantes das condições materiais de vida.

Neste sentido, não basta apenas a reformulação do setor saúde para obter melhorias na expectativa de vida da população brasileira, é fundamental que esse novo conceito de saúde permeie a implementação de todas as políticas sociais do Estado.

Por isto, a formulação da proposta de Reforma Sanitária, como estabelecida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, traduz um significativo avanço na luta pelo direito à saúde em nosso país: haja vista que o princípio construtor de suas resoluções se norteou segundo estes pressupostos.

Daí a necessidade de reafirmarmos nesta Conferência Nacional de Saúde Mental a implantação da Reforma Sanitária brasileira, segundo as diretrizes apontadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O setor de saúde mental espelha as contradições desta organização social brasileira, onde o Estado capitalista procura estabelecer políticas sociais que o legitime, embora sem responder às necessidades sentidas na área social, o que significa que esta é tratada como um setor de choque, de contenção de controle da insatisfação popular, sem se constituir em terreno de transformação real.

O governo, que se constitui na direção do Estado, espelha os interesses das classes empresariais que contribuem na sua manutenção política, o que leva a uma posição contraditória do Estado e estabelece o divórcio entre o seu discurso e sua prática social.

Situando a Saúde Mental no bojo da luta de classes, podemos afirmar que o seu papel tem consistido na classificação e exclusão dos "incapacitados" para a produção e, portanto, para o convívio social em uma sociedade organizada segundo os princípios do modo de produção capitalista.

Assim sendo, os trabalhadores de saúde mental podem se constituir em instrumentos de dominação do povo brasileiro, seja por uma opção astuta e de identificação com os interesses das classes dominantes, seja por uma ingenuidade que supõe que a intervenção técnica é neutra e asséptica. É urgente, pois, o reconhecimento da função de dominação dos trabalhadores de saúde mental e a sua revisão crítica, redefinindo o seu papel, reorientando a sua prática e configurando a sua identidade ao lado das classes exploradas.

O trabalhador de saúde mental precisa romper o ciclo vicioso, onde se ganha mal e se trabalha mal, combatendo a violência nas instituições e unindo esforços com a sociedade civil para uma libertação institucional, lutando por melhores condições de salário e de trabalho associadas às melhorias das condições institucionais e de vida.

É mister combater a postura ambígua do Estado no campo das políticas sociais e resgatar para a saúde sua concepção revolucionária, baseada na luta pela igualdade de direitos e no exercício real da participação popular, combatendo a psiquiatrização do social, a miséria social e institucional e eliminando o paternalismo e a alienação das ações governamentais e privadas no campo da saúde.

TEMA II

REFORMA SANITÁRIA E REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

A – Princípios gerais

1. Para a concretização da Reforma Sanitária, considera-se imprescindível uma reforma agrária e urbana que melhore as condições de vida da população e uma reforma tributária que a viabilize em termos de recursos financeiros, uma vez que a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde.
2. Considerando-se a importância da implantação da Reforma Sanitária no país, faz-se necessária a discussão exaustiva do seu significado por parte de todos os segmentos da população, de maneira que não seja instituída por decretos, desconsiderando os movimentos sociais necessários à transformação das ações concretas do setor saúde em geral e da saúde mental em particular.
3. Deve-se, na implantação dessa reforma, ter garantidos pelo Estado os espaços de participação efetiva da população organizada no processo de sua elaboração e implementação, através dos seguintes pontos levantados:
 - a) formação de Comissão de representantes de todos os segmentos da sociedade para o estabelecimento de um processo de Reforma Sanitária segundo as reais necessidades da população, de forma a assessorar a Assembléia Nacional Constituinte e a reformulação da legislação ordinária.
 - b) participação da população, em nível decisório, na elaboração, implementação e controle da política de saúde em geral e da saúde mental em particular, assim como dos estabelecimentos de prestação de serviços.
 - c) criação de uma Comissão de Saúde Mental com representantes de todos os estados da Federação, representantes estes eleitos por profissionais de saúde mental e de entidades da sociedade civil, na definição da política de saúde em geral e da saúde mental em particular.

B – Princípios básicos

1. As ações e serviços de saúde formarão um Sistema Único de Saúde Pública, gratuito, descentralizado, regionalizado e hierarquizado, com efetivos mecanismos de referência e contra-referência, tendo comando político e administrativo único em cada um dos níveis federal, estadual e municipal.
2. O poder público poderá intervir, desapropriar ou expropriar os serviços de natureza privada, necessários ao alcance dos objetivos do Sistema Único de Saúde. Enquanto não se atingir a meta de estatização, os prestadores e produtores de bens e serviços passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, seguindo a política estabelecida pelo Sistema de Saúde e regidos por contrato de direito público, garantindo-se o controle dos usuários neste setor através de seus segmentos organizados.
3. Será permitida a implantação de estabelecimentos para prestação de serviços de saúde de forma liberal, sem qualquer forma de subsídios, isenção, credenciamento, contrato ou convênio que envolva recursos do setor público, inclusive a realização de desconto na declaração de imposto de renda no item assistência médica e psicológica.
4. Deverá ser garantido neste sistema a participação, em nível decisório, de setores organizados da sociedade civil quanto à formulação, gestão, controle e avaliação das políticas de saúde em geral e da saúde mental em particular.
5. Os recursos para o financiamento do Sistema Nacional de Saúde serão provenientes da receita tributária da União, estados, municípios e Distrito Federal, nunca inferiores a 10% do PIB, e se constituirão num Fundo Único de Saúde, a ser administrado de forma colegiada pelos órgãos públicos e entidades representativas da sociedade. Os recursos da Previdência Social, atualmente destinados ao financiamento do Sistema Nacional de Saúde, serão gradualmente substituídos por recursos dessas referidas fontes.
6. A indústria farmacêutica será estatizada. Para tanto, passa a constituir monopólio do Estado a importação de matéria-prima químico-farmacêutica, a produção e distribuição de medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados e outros insumos essenciais para o setor. O Estado deverá assegurar o desenvolvimento de uma indústria química de base, sob seu controle, com vistas a garantir a soberania nacional no setor químico e farmacêutico. Deverão, ainda, ser fortalecidas as indústrias estatais de equipamentos de saúde.
7. As ações de proteção, segurança e higiene do trabalho, que visam evitar doenças e acidentes decorrentes do trabalho, passam a fazer parte do Sistema Único de Saúde.

8. Garantia de um processo de democratização e descentralização do setor, sob coordenação em nível federal e de forma a impedir a transferência ao poder municipal de formas antidemocráticas e autoritárias de decisão, objetivando a democratização das instâncias periféricas ao poder central.
9. A normatização das ações de saúde se dará no nível federal, cabendo ao estadual e, principalmente, ao municipal a função de organização das diversas forças e ações que deverão compor e nortear a nova estrutura sanitária. As ações no âmbito da saúde devem ser decididas ao nível da comunidade local.
10. É da responsabilidade do Estado a questão da formação de recursos humanos, que deverão ser adequados ao contexto de novas políticas de assistência, dando prioridade, cada vez mais, à integração entre as universidades públicas e os serviços públicos na área de ensino e pesquisa em saúde mental.

C – Reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços

1. Com referência ao modelo gerencial:
 - 1.1. Formação de Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), de modo a permitir a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas e estabelecimentos.
 - 1.2. Toda unidade de saúde em geral e de saúde mental em particular deverá constituir uma comissão de usuários para discussão, acompanhamento e fiscalização no tocante às questões administrativas.
 - 1.3. Representatividade paritária da comunidade propiciando efetivo poder decisório, de controle e fiscalização no processo de municipalização dos serviços de saúde.
 - 1.4. Democratização das instituições e unidades de saúde, privilegiando o poder local e contemplando:
 - direção colegiada;
 - eleição de direção e chefia;
 - participação paritária da comunidade;
 - assembléia de funcionários,
 - participação da comunidade e funcionários na elaboração dos programas de trabalho,
 - democratização das informações.

- 1.5. Garantia de transparência da organização, administração e utilização de recursos humanos, materiais e financeiros, assim como pesquisas e produção científica dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços de saúde, de forma a permitir a consequente avaliação e fiscalização por parte dos usuários.
- 1.6. Garantia de fiscalização nas atividades de ensino e pesquisa em saúde mental, realizados junto à clientela, no tocante ao consentimento do cliente para sua realização.
- 1.7. Garantia de distribuição em qualidade e quantidades suficientes, bem como supervisão e controle de substâncias psicotrópicas nos serviços públicos, assim como o controle da prescrição em todos os serviços privados.

2. Com referência ao modelo assistencial:

- 2.1. Reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização.
- 2.2. A partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica.
 - 2.2.1. Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais.
- 2.3. Em regiões onde houver necessidade de novos leitos psiquiátricos, estes deverão estar necessariamente localizados em hospitais gerais, desde que obedecidas as seguintes observações:
 - a) que não haja prejuízo do programa de reformulação do espaço dos hospitais psiquiátricos dentro de um programa integrado de assistência.
 - b) que se estabeleça uma estratégia de implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde, de modo que não haja a reprodução de uma prática segregacionista, cronificadora, peculiar dos serviços específicos;
 - c) que se lute pela ruptura com a prática da internação hospitalar, seja em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais.

- 2.4. Em todos os distritos sanitários onde se verifique demanda significativa, as emergências de hospitais gerais públicos devem ter um programa especial para às emergências psiquiátricas, considerando aquelas como porta de entrada exclusiva e extinguindo as emergências em hospitais psiquiátricos.
- 2.5. Regulação das unidades de internação psiquiátrica a partir do centro de saúde, ambulatórios e pólos de emergência da rede pública.
- 2.6. Reavaliação das unidades de internação existentes quanto à sua eficácia/eficiência e condições de atendimento com avaliação e controle rígido de internação e tempo de permanência dos pacientes.
- 2.7. Desenvolvimento de um censo para revisão da população de internos em estabelecimentos psiquiátricos, fiscalizado por todos os setores organizados dos trabalhadores de saúde mental, do movimento sindical e popular.
- 2.8. Implementação de programa de recuperação da população internada cronicada, partindo-se para criação de espaços de habitação co-geridas e integradas aos serviços extra-hospitalares de saúde mental.
- 2.9. Implantação de recursos assistenciais alternativos aos asilares, tais como: hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, núcleos autogestionários e trabalho protegido.
- 2.10. Descentralização e maior capacitação técnica dos ambulatórios da rede pública, visando melhor poder de resolubilidade.
- 2.11. Implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais em unidades da rede básica, hospitais gerais e psiquiátricos, de forma a reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante, propiciando visão integral do sujeito usuário do setor, respeitando a especificidade de cada categoria.
- 2.12. Revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas em saúde mental, no sentido de se impedir a disseminação de práticas de controle social pela impregnação ideológica do saber. Que esse processo se dê a partir da discussão que articule os setores saúde e educação, incrementando a utilização de práticas multiprofissionais.
- 2.13. Incremento da reabilitação profissional do egresso de hospitais psiquiátricos na rede de serviços do INAMPS.
- 2.14. Promoção da saúde mental através de integração das ações específicas com outros programas assistenciais de saúde, organizações e movimentos comunitários e outras instituições da sociedade civil.

D – Política de recursos humanos

A definição de uma política de recursos humanos para o setor deverá ter como princípios básicos:

- democratização do acesso, através de admissão feita exclusivamente por meio de concurso público;
- critérios públicos de lotação e remanejamento de funcionários;
- carreira multiprofissional com estabelecimento imediato de plano de cargos e salários para todas as instituições do setor público de saúde;
- garantia de um contrato de trabalho com salário digno e incentivo à dedicação exclusiva com remuneração compatível;
- garantia, dentro da carga horária contratual, de espaço para atualização, pesquisa, supervisões técnicas de equipe e contato dos profissionais com suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho, avançando no processo de organização dos trabalhadores nos seus locais de atuação, com vistas ao desenvolvimento de ações identificadas com o interesse e organização dos usuários;
- garantia à comunidade de usuários do acesso à informação sobre o preenchimento de vagas nos cargos públicos de saúde, com a participação nas decisões de necessidade dessas contratações;
- estabelecimento de uma política de interiorização de recursos humanos através de incentivos salariais e funcionais que garantam a fixação de profissionais nas cidades interioranas, zonas periféricas, rurais e de difícil acesso;
- proibição da ocupação de cargos de direção e chefias do serviço público por proprietários ou sócios de estabelecimentos da rede privada de assistência em saúde;
- que os critérios para o exercício das chefias sejam pautados em competência técnica para tal função, não sendo privativo de nenhuma das categorias envolvidas;
- isonomia salarial e de jornada de trabalho dos profissionais e funcionários de nível elementar, médio e superior, dos serviços públicos federais, estaduais e municipais,
- as universidades deverão assumir o seu papel de pólo de formação e reciclagem dos profissionais e agentes de saúde, democratizando e integrando órgãos formadores e órgãos assistenciais para uma transformação curricular compatível com a formação de recursos necessários à rede pública assistencial em saúde mental, em consonância com os princípios estabelecidos no conjunto das deliberações desta Conferência.

TEMA III

CIDADANIA E DOENÇA MENTAL: DIREITOS, DEVERES E LEGISLAÇÃO DO DOENTE MENTAL

O conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico.

A doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população. A medicalização e psiquiatrização freqüentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos.

Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a legislação em vigor.

A construção social do processo saúde-doença recomenda prudência ao se caracterizar comportamento alternativo de inserção social como doença mental, evitando a utilização do saber e das técnicas médico-psicológicas para a prática de discriminação e dominação.

O Estado deve buscar formas de reconhecer os espaços não profissionais, criados pelas organizações comunitárias, como espaços promocionais de saúde mental.

A – Recomendações à Constituinte

1. Que seja encaminhada à Comissão de Sistematização da Assembléia Nacional Constituinte, a solicitação de inclusão de um parágrafo terceiro ao item 1º do atual relatório da Comissão de Saúde, que passaria a ter o seguinte teor:

DA SAÚDE

Art. 1º – A saúde é um dever do Estado e um direito de todos.

§ 1º – O Estado assegura a todos condições dignas de vida e acesso igualitário e gratuito às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, de acordo com suas necessidades.

§ 2º – A lei disporá sobre a ação de rito sumário pela qual o cidadão exigirá do Estado o direito previsto neste artigo.

§ 3º – Todas as pessoas, independente da natureza de sua deficiência ou doença, gozam plenamente de todos os direitos e estão sujeitos aos deveres consignados nesta Constituição e legislação que reconheça suas especificidades.

1.1. Ainda com relação ao processo constituinte, reforçamos o "projeto de iniciativa popular", que assegurará a possibilidade de técnicos e usuários, através de suas entidades representativas e mediante ampla mobilização popular, apresentarem, em futuro próximo, projeto de lei modificando os dispositivos jurídicos ora em vigor.

1.2. Que se inclua no Título II dos Direitos e Liberdades Fundamentais, capítulo dos Direitos Individuais, no artigo 6º, menção à saúde: Onde se lê: "... a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida", leia-se" ... a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida e à *saúde*". Tal proposição é coerente com o artigo 261 que consagra a *saúde* como um direito, tido por todos como fundamental. Como o projeto de Constituição (§ 5º, do artigo 6º) pune como crime inafiançável qualquer discriminação atentatória aos direitos e liberdades fundamentais, tal menção à saúde mais se justifica.

1.3. Que se inclua no texto constitucional:

Art. – Por motivo de doença ou deficiência não serão toleradas quaisquer medidas ou preceitos discriminatórios, segregacionistas ou punitivos, excetuados os casos em que condutas ou estados patológicos possam acarretar riscos à incolumidade física das pessoas, ou danos ao patrimônio, ou resultarem de atos delituosos.

1.4. Quando da revisão da legislação ordinária consubstanciada no Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, devem ser incorporadas as conquistas de direitos dos indivíduos e os atuais avanços de organização e de técnicas no setor. Também deverão merecer cuidados a revisão dos textos específicos no âmbito do Direito Civil. Sanitário, Trabalhista, Previdenciário, Penal e no campo da Deontologia.

B – Reformulação da legislação ordinária

A Conferência Nacional de Saúde Mental entende que a extensão de direitos civis, sociais e políticos a todos os indivíduos cria a necessidade constitucional de imediata substituição das leis específicas vigentes. Para tanto, recomenda-se:

1 – Com relação à legislação civil

Modificação da legislação que regula as questões relativas às interdições e aos estados de incapacidade civil ("aos loucos de todo o gênero"). A interdição deverá estar restrita quando houver ameaça aos bens públicos, aos bens próprios e perigo de agressão física.

2 – Com relação à legislação penal (Código Penal Brasileiro)

Estabelecimento de penalidade àqueles que, em última análise, determinam o tipo e modo como se dá o processo produtivo, que reconhecidamente causam danos à saúde física e mental dos trabalhadores.

A legislação ordinária deverá fazer uma revisão acerca da questão da inimputabilidade.

Que se aprofunde a discussão sobre os manicômios judiciários, visando sua extinção ou profunda transformação.

A questão da definição da periculosidade deverá merecer especial atenção por implicar em juízo de valor e dar margem ao uso indevido da saúde mental e dos seus profissionais para o cerceamento da liberdade individual e da opção de forma de vida das pessoas.

A definição de uma pessoa como 'perigosa' não deve ter o caráter de definitivo julgamento. Sua elaboração deve estar subordinada aos objetivos de uma sociedade democrática, justa, igualitária e capaz de garantir os direitos humanos fundamentais. É conveniente que os diversos especialistas do campo das ciências humanas, sensíveis à comunidade em seus anseios, contribuam para essa avaliação, assegurando que não se estabeleçam julgamentos ligados a qualquer tipo de preconceito.

3. Com relação à legislação sanitária e psiquiátrica

1. Ao Poder Público cabe a responsabilidade pela fiscalização do cumprimento dos direitos do doente mental. A questão da internação psiquiátrica deve ser regulamentada em lei onde estejam estabelecidos os direitos do paciente internado.

A internação não deverá ser ato obrigatório do tratamento psiquiátrico, devendo ser estabelecidos os critérios da internação, envolvendo, neste ato, a

defensoria pública, comissões multiprofissionais e a participação de setores organizados da comunidade, definindo o caráter dessa internação e o seu tempo de duração, revisado periodicamente.

2. A decisão sobre diagnóstico, tratamento e regime de tratamento é da responsabilidade da equipe assistencial multiprofissional, e pode ser legalmente questionada pelo cliente, familiares ou entidades civis.
3. Que se garanta ao usuário o direito de acesso ao prontuário, de acordo com uma avaliação das condições de sua autodeterminação e capacidade de entendimento.
4. Que os doentes tenham o direito de escolher o tipo de tratamento e o seu terapeuta, associando, no entanto, a participação efetiva de uma equipe multidisciplinar, possibilitando ao doente o conhecimento da natureza das indicações e contra-indicações do seu tratamento.
5. Que os critérios de funcionamento hospitalar, relação de leitos por técnicos, sejam estabelecidos considerando as características próprias de cada faixa etária, assim como o direito ao atendimento multiprofissional.
6. Que se assegurem mecanismos e recursos legais de garantia do direito individual contra a internação involuntária (por exemplo: *habeas-corpus*, comunicação automática à autoridade judiciária competente, criação de tutela provisória para estes pacientes), visando a possível reversibilidade do estado de internação no período máximo de 72 horas.
7. Que sejam criadas estruturas que proporcionem a reinserção no trabalho, através de Centros de Reabilitação, sendo o trabalho protegido de tal forma que se torne dispensável a aposentadoria compulsória.
8. Que na legislação previdenciária a concessão de auxílio-doença aos casos de doenças mentais submeta-se a critérios técnicos rigorosos e que a perícia médica realizada pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) tenha especialistas próprios (e não credenciados), com a obrigatoriedade de *imediata* inclusão dos doentes em tratamento de reabilitação nos Centros de Reabilitação Profissional.
9. Que os Centros de Reabilitação Profissional tenham equipe multiprofissional de saúde mental para atender especificamente os pacientes encaminhados pela perícia médica.

4. Com relação à legislação sanitária e psiquiátrica da criança e do adolescente

CONSIDERANDO:

1. O atual estado de ausência de política de saúde mental para a infância e adolescência, a carência de recursos humanos especializados e a ausência de legislação específica;

2. Que cerca de metade da população brasileira é formada por crianças e adolescentes, sujeitas a tutela e sem possibilidade legal de exercer seu livre arbítrio;
3. As atuais deficientes condições de funcionamento da rede assistencial pública.
4. A sobreposição dos interesses econômicos na existência e expansão dos hospitais psiquiátricos privados;
5. A deformação conceitual vigente que considera menores sem lar, 'meninos de rua', como futuros delinqüentes ou psicopatas.

PROPOMOS:

1. Que se adotem normas legais que limitem a internação psiquiátrica de menores e a mantenham sob controle;
2. Que aos menores, a partir dos 16 anos, seja facultado requerer contra sua internação;
3. Que se garanta, aos menores hospitalizados, educação formal ou especializada, habilitação profissional e o direito ao espaço lúdico;
4. Que os critérios de funcionamento hospitalar e relação de leitos por técnicos sejam estabelecidos, considerando as características próprias de cada faixa etária, assim como o direito ao atendimento multiprofissional;
5. Que as medidas terapêuticas para utilização em menores sejam revistas criteriosamente, limitando ou proibindo a utilização de psicofármacos e outros procedimentos (eletroconvulsoterapia, por exemplo) de utilidade duvidosa ou de potencial pernicioso ao processo de desenvolvimento e integridade física e mental dos menores;
6. Que as internações psiquiátricas realizadas por decisão do Juizado de Menores sejam necessariamente submetidas à avaliação de uma equipe de saúde mental;
7. Que aos menores submetidos à internação sejam garantidos os direitos de proteção semelhantes aos dos pacientes adultos, estudando-se mecanismos de controle a proteção que evitem uma discriminação acessória a partir de sua minoridade e condição de tutelados;
8. Em relação à internação de menores marginalizados, que esta seja feita mediante a avaliação de equipe multiprofissional e com ordem judicial.

5. Com relação à legislação trabalhista

CONSIDERANDO:

1. A importância da fadiga e da tensão psíquica na determinação dos acidentes de trabalho, amplamente reconhecida;
2. Que numerosos estudos comprovam que uma série de aspectos organizacionais do trabalho desempenham ação na instalação e desenvolvimento de distúrbios mentais, psicossociais e psicossomáticos;
3. O conhecimento científico atualmente existente sobre os prejuízos decorrentes para a saúde a partir da implantação de sistemas automatizados;
4. Que a especificidade de determinadas situações de trabalho, pela complexidade de interação de fatores morbígenos e ou tensiógenos, derivados da organização, ambiente e conteúdo/natureza do trabalho, exigem estudos ergonômicos e modificações efetivas dos efeitos psicossociais sobre os trabalhadores;
5. Que em diversos países as legislações têm levado em conta os agravos que o trabalho em regime de turnos alternados e de trabalho noturno trazem para a saúde física, psíquica e psicossocial, e que um ponto essencial destas evoluções de legislação tem sido contemplar um maior período de repouso e de recuperação do cansaço;
6. A necessidade de manutenção na vida social e produtiva dos portadores de doenças mentais.

PROPOMOS:

1. O reconhecimento de que a doença mental esteja ligada às condições em que ocorrem as atividades produtivas;
2. Que se crie dispositivo legal que garanta a manutenção do emprego aos indivíduos acometidos de algum tipo de sofrimento psíquico e submetidos a tratamento;
3. Que os exames de sanidade física e mental não sejam, por lei, instrumentos de exclusão da vida produtiva, mas sim que adequem as limitações físicas e mentais do trabalhador às atividades que este possa desempenhar satisfatoriamente;
4. Punição do empregador que mantenha condições de trabalho reconhecidamente insalubres e deletérias à saúde, com o estabelecimento de responsabilidade legal pelos prejuízos eventualmente produzidos;

5. Que seja assegurado a todo cidadão brasileiro, incluindo o deficiente físico e ou mental, um salário-desemprego provisório até sua reinserção social. É dever do Estado garantir a reabilitação e reinserção social do doente mental e sua colocação no mercado de trabalho;
6. Reformulação do seguro-desemprego e sua ampliação, de forma a assegurar a sobrevivência digna dos trabalhadores e sua família, para evitar que este recorra à tática de psiquiatrização como forma de subsistência;
7. Inserir em uma nova Consolidação das leis do Trabalho (CLT), formulações que garantam:
 - a) Diminuição do tempo de exposição dos trabalhadores às condições de fadiga e tensão psíquica: através da *diminuição das jornadas de trabalho* e do *aumento dos períodos* de tempo livre (folgas e férias), de acordo com a natureza das atividades;
 - b) Períodos de descanso durante a jornada cotidiana, destinados também a permitir a preservação da atividade mental autônoma. Tais intervalos deverão ser em número e duração suficientes para tais finalidades, em conformidade com as necessidades determinadas pela carga de trabalho exigida em cada posto;
 - c) Em se tratando de atividades reconhecidas como especialmente desgastantes do ponto de vista psíquico, diversificar essas atividades;
 - d) Para a prevenção da fadiga mental será obrigatória, sempre que solicitada pelos trabalhadores – através de seus Sindicatos, Comissões de Fábrica. Comitês de Saúde ou da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPAs) – a formação de grupos de avaliação dos condicionantes de fadiga e de tensão psíquica. Tais grupos deverão sempre ser constituídos, paritariamente, por técnicos especializados e trabalhadores do local, devendo-se necessariamente, ao final dos estudos, formular sugestões para modificações – cuja implantação deverá ser acompanhada pelos trabalhadores em todas as suas etapas;
 - e) Os prazos e as alternativas de modificação das condições organizacionais e ambientais deverão ser objeto de negociação entre a empresa e os trabalhadores;
 - f) A duração normal do trabalho, para os empregados que trabalham em regime de turnos alternados e para os que trabalham em horário fixo noturno, não poderá exceder 35 horas semanais;
 - g) Que se retire da CLT o alcoolismo como causa de demissão e que nenhuma outra dependência seja causa de exclusão do trabalho.

DECLARAÇÃO DE CARACAS



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

Proclamada no dia 14 de Novembro de 1990 pela Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) com o apoio técnico financeiro do Instituto "Mario Negri" de Milão, Itália, Centro Colaborador da OMS em Saúde Mental e com o auspício das seguintes entidades:

Associação Mundial de Psiquiatria
Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial
Associação Psiquiátrica da América Latina
Centro de Estudos e Pesquisa de Freuli, Trieste, Itália
Comissão Inter-Americana de Direitos Humanos, Organização dos Estados Americanos
Conselho de Saúde de Asturias, Espanha
Direção Provincial de Valência, Serviço de Saúde Mental, Valência, Espanha
Direção Geral de Ordenação Sanitária da Comunidade de Andaluzia
Instituto Andaluz de Saúde Mental, Espanha
Federação Mundial de Saúde Mental
Serviço de Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Livorno, Itália
Serviço Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Parma, Itália
Serviço Psiquiatria da Unidade Sanitária Local de Reggio Emilia, Itália
Sociedade Inter-Americana de Psicologia
Sociedade Venezuelana de Psiquiatria
Universidade de Umea, Suécia

Participaram da Confência representantes das entidades patrocinadoras, juristas e membros dos Paramentos da Argentina (Mendoza), Brasil, Chile, Equador, Espanha, México, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela; e delegações técnicas do Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Curaçao, Equador, Estados Unidos da América, México, Nicarágua, Panamá, República Dominicana, Uruguai e Venezuela.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

DECLARAÇÃO DE CARACAS

As Organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na conferência Regional sobre a Reestruturação da Atenção psiquiátrica no contexto dos Sistemas Locais de Saúde,

Notando,

1. Que a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede a consecução dos objetivos antes mencionados ao:
 - a) isolar o doente de seu meio, gerando dessa maneira maior incapacitação social,
 - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do paciente,
 - c) consumir a maior parte dos recursos financeiros e humanos destinados pelos países aos serviços de saúde mental,
 - d) prover uma aprendizagem insuficientemente vinculada com as necessidades de saúde mental da população, dos serviços de saúde e de outros setores.

CONSIDERANDO,

Que a Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde e referendada por todos os países membros para atingir a meta de Saúde para Todos no Ano 2000; Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da Região para facilitar a consecução dessa meta, porquanto oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas; Que os programas de Saúde Mental e de Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam as estratégias e modelos de organização da atenção à saúde.

DECLARAM

1. Que a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde no contexto dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos fundamentados nas comunidades e em suas redes sociais;
2. Que a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamento fornecidos devem:
 - a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis,
 - b) basear-se em critérios racionais e tecnicamente adequados,
 - c) propender à manutenção do doente em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de maneira a:
 - a) assegurar o respeito dos direitos humanos e civis dos doentes mentais,
 - b) promover uma organização de serviços comunitários que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação de recursos humanos em saúde mental e em psiquiatria deve ser feita de acordo com um modelo de serviço de saúde comunitária que recomenda a internação psiquiátrica – quando necessária – em hospitais gerais, de acordo com os princípios básicos que fundamentam esta Reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometem conjunta e solidariamente a advogar e desenvolver, nos distintos países, programas que promovam a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica e a defesa e vigilância dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e os compromissos internacionais respectivos.

Para o que CONCLAMAM

Os Ministérios da Saúde e da Justiça, os Parlamentos, a Previdência Social e outros prestadores de serviços, as organizações profissionais, as associações de usuários, as Universidades e outros centros de formação, e os meios de comunicação a apoiar a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica de forma a assegurar o sucesso de seu desenvolvimento em benefício das populações da Região.

ABRASCO

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL

CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL

Oficina: **Reforma Psiquiátrica -
a questão das novas tecnologias de cuidado**

– Relatório Final –

Porto Alegre

16 e 17 de maio de 1992

I. Psiquiatria, Manicômio e Cidadania no Brasil

A literatura sobre a constituição da psiquiatria no Brasil já é razoavelmente extensa.¹ Boa parte da mesma destaca o papel exercido pela psiquiatria e pelos psiquiatras na concepção do moderno estado brasileiro. Mais que qualquer outro ramo da medicina, a psiquiatria e suas doutrinas ofereciam à sociedade uma forma científica e racional de controle de seus elementos desordeiros e/ou marginais. Uma forma de controle que não se limitava à pura e simples repressão de delitos. Pelo contrário, previa um método diagnóstico capaz de separar, dentre os que desafiavam as regras sociais, aqueles que eram doentes dos não-doentes. E dentre os classificados como doentes, os tratáveis dos intratáveis. Propunha terapêuticas para os tratáveis e uma reclusão não carcerária para os intratáveis. Propunha sobretudo, através da noção de periculosidade, uma forma de ir além do delito visível, efetivamente cometido. Tratava-se aí de controlar a virtualidade, o delito que apenas enquanto possibilidade. A psiquiatria já nasce, portanto, social. São íntimas suas relações com a então antropologia criminal e com a medicina legal².

1. Ver em especial Costa, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil – um corte ideológico**. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1981 (3ª edição); Machado, R. et alli. **Danação da Norma: a Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978; Medeiros, T.A. **Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico no Brasil**. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Instituto de Psiquiatria/UFRJ, 1977; Portocarrero, V.M. **Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Departamento de Filosofia da PUC, 1980; Carrara, S. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/UFRJ, 1987; Tundis, S.A. & Costa, N.R. (orgs.) **Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental**. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1987.

2. Sobre isto ver Correa, M. **As ilusões da liberdade: a Escola Nina Rodrigues e a Antropologia no Brasil**. São Paulo, Tese de

Seu grande monumento é, como não poderia deixar de ser, o manicômio: este templo da loucura, mas sobretudo da ciência. E graças a ele a psiquiatria vai criar corpo enquanto especialidade. É nele que vão se formar as primeiras gerações de psiquiatras brasileiros, quando ainda nem havia uma cátedra de psiquiatria nas Faculdade de Medicina. O manicômio, local onde a loucura deve se desvelar para o conhecimento médico, representa a própria possibilidade de existência da psiquiatria.

O saber psiquiátrico, entretanto, parece ter se imposto menos pelos seus métodos terapêuticos – no início tão canhestros e de resultados tão pífios – e mais pelo discurso modernizante do qual necessitava a jovem república brasileira. Um discurso que se propunha a identificar o cidadão senhor de si, responsável, dono de direitos e deveres inalienáveis, e separá-lo do indivíduo alienado de si, desprovido de direitos e, por isso, passível de tutela. A questão política da cidadania, fundamental numa sociedade republicana, não pode prescindir da psiquiatria para sua definição mais acabada ³. A especificidade deste processo na sociedade brasileira torna essa questão um pouco mais complexa. Afinal, o primeiro hospício brasileiro é fundado ainda no segundo império, fruto já de um processo de aproximação com a modernidade científica, e convive durante algumas décadas com a escravidão. A psiquiatria desde cedo teve de lidar com o problema colocado por um estado que se queria moderno (porque afinal ser moderno significava também ser branco e europeu) e, ao mesmo tempo, escravocrata. Os paradoxos da sociedade brasileira na virada do século são também os paradoxos da psiquiatria brasileira.

Com o tempo a psiquiatria se sofisticava. Apenas seu principal instrumento terapêutico – o manicômio – parece resistir a qualquer processo de sofisticação. Apesar de proliferar bastante, espalhando-se por todo país, nunca deixa de ser um grande depósito de despossuídos de toda sorte. Sobre o hospício brasileiro do

Doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 1982.

³. Cf. Castel, R. **A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

final dos anos 50 Heitor Rezende afirma: “Superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão denunciava quase cem anos antes.”⁴ Em 1979, durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, as denúncias sobre as condições alvitantes em que eram mantidos os pacientes do Hospital Colônia de Barbacena chocaram a opinião pública ⁵. Em 1991, graves denúncias publicadas na imprensa sobre a Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, Estado do Rio de Janeiro, provocaram uma reação semelhante. Desde meados do século passado o manicômio não deixou de proliferar no Brasil. Entretanto, o objetivo invocado para sua criação – a necessidade de proporcionar ao chamado doente mental um tratamento adequado, um ambiente terapêutico não parece ter sidi atingido em momento algum. Muito mais que um instrumento terapêutico, o manicômio se afirmou como um instrumento de pura exclusão. Exclusão física que duplica no plano concreto a exclusão simbólica do universo da cidadania. É a situação de “menoridade social” do louco que sustenta todo o tipo de violência que contra ele se comete. Uma coisa não vai sem a outra.

À expansão do asilo cooresponde uma expansão do discurso psiquiátrico, que passa a produzir uma saber não apenas sobre o doente mental, mas sobre a normalidade - pretendendo substituir com o discurso científico saberes populares sobre formas tradicionais de sociabilidade, habitação, casamento, educação, etc. Com o passar do tempo assiste-se à lenta mas segura instauração de um vasto campo de saberes e práticas – que poderíamos designar como psicológicas – cujo núcleo inicial se constitui em torno do saber e da sua capacidade de legislar sobre a normalidade, expandindo-se em círculos concêntricos cada vez mais amplos. Esses saberes acabam por constituir algo que poderia se designar como campo “psi”. Investigar a formação desse campo – suas continuidades e rupturas internas, bem como o modo como o

⁴ Rezende, H. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica” em Tundis, S.A. & Costa, N.R. (orgs.), **op. cit.**, p. 55.

⁵ Ver Delgado, P.G. “Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos)” em Tundis, S.A. & Costa, N.R. (orgs.) **op. cit.**, p. 174.

mesmo se articula como os saberes e práticas populares – é fundamental também para a compreensão das questões e dos impasses que ocorrem no âmbito da prática assistencial em saúde mental. Fundamental também para o estudo da produção social de novas formas de subjetividade, que, por sua vez, influem diretamente na polarização já apontada entre o cidadão-senhor-de-si da sociedade de contrato e o cidadão passível de tutela pelo complexo médico-psiquiátrico.

II. Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Brasil

Nos anos 60 e 70 o campo psiquiátrico foi atravessado por uma avalanche de idéias, críticas, análises, que tinham como alvo principal o estatuto médico da loucura, a psiquiatrização do sofrimento. Castel, Foucault, Zsazs, Cooper, Laing, Basaglia, embora distintos entre si, tinham em comum uma perspectiva que lhes fazia ver história, cultura, sociedade naquilo em que a psiquiatria apenas enxergava biologia e idiosincrasia individual. Em função dessas idéias, de transparente internacionalidade político-ideológica, tornou-se imperioso – para o projeto de desalienação da psiquiatria – curar sua cegueira e inscrever definitivamente a experiência subjetiva de dor psíquica no conjunto de determinações que a existência social impõe ao sujeito.

Ora, a crítica às hipóteses psicogenéticas e biogenéticas ferqüentemente deslizou para uma perspectiva que – a pretexto de superar as ingenuidades ou reduções dessas concepções – acabou por diluir a especificidade do fato psicopatológico numa complexidade de fatores sociais. Cuidar da loucura passou a significar fazer das instituições assistenciais agentes de mudança cultural e política. Tratar um paciente tornou-se “denunciar tudo o que o sistema faz para adoecer e entorpecer qualquer recuperação genuína”, através de uma perspectiva crítica que iria do indivíduo

para o social, passando pela família. Fora disso qualquer gesto significaria “funcionar a serviço do *status quo*”.⁶

A contrapartida da adoção das teses sociocentradas tem sido freqüentemente a adoção do espaço social e político como palco privilegiado de enfrentamento da questão da loucura. Nesta perspectiva, a luta em prol da reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, desde fins da década de 70, têm levantado, discutido e defendido, nas diversas instâncias do cenário político (não somente municipais, estaduais e federal, mas ainda nas discussões travadas entre setores da sociedade civil organizada) em alguns pontos fundamentais, a saber:

- a necessidade da **substituição do modelo assistencial psiquiátrico fundado no manicômio**, o qual já demonstrou sua ineficácia terapêutica; para não falarmos das questões éticas, quando, sob o discurso da tarefa de cuidar e tratar, se atua de modo exatamente inverso – descuidando, destratando, abandonando;
- a necessidade da **desinstitucionalização**, entendendo-a como diferenciada da proposta reducionista da desospitalização. Por desinstitucionalização compreendemos a construção de modelos assistenciais que não tenham como ponto de partida e sustentação, necessariamente, a formatação de instituições, mas que considerem, de princípio, a possibilidade de engendramento de outras formas de agenciamento e estabelecimento de relação terapêutica não mediada por estruturas formais e burocráticas que possam sobrepujar os objetivos propriamente assistenciais e de cuidado.
- **A descentralização, a regionalização e a municipalização** das políticas de saúde como o caminho mais adequado para administrar desigualdades regionais, municipais, locais.

Necessitamos, entretanto, uma prescrição de tais princípios expressa em leis e normas que espelhem o compromisso ético de transformação de secular prática de exclusão e segregação de usuários da psiquiatria entre nós. Para tanto, o projeto de lei Paulo Delgado encontra-se em sua fase final de tramitação. Há boas

⁶. Cf. Fiorini, H. J. Comentário al artículo de Elisardo Cesar Merea In: Grimson (comp.) **Nuevas perspectivas en salud mental**. Buenos Aires, Nueva Vision, 1973

chances de que ele seja aprovado, e independentemente do resultado da votação no Congresso, é necessário reconhecer o efeito benéfico de seu aparecimento no cenário brasileiro. A chama da luta anti-manicomial, que andava bruxeleante, ganhou alento. várias experiências de transformação da assistência psiquiátrica desenvolvidas em pontos diversos do país encontraram no projeto um instrumento bastante eficaz de entrelaçamento e articulação. Ao contrário do que se passa na maioria dos setores da área da Saúde, há entre nós expectativas, projetos em andamento. A existência do projeto aponta para uma chance real de que tenhamos em breve um documento legal que respalde o processo da Reforma. Numa conjuntura tão pobre em utopias, resgatamos a nossa: criar uma sociedade que prescindia da violência dos manicômios.

III. Tecnologias, Modelo Assistencial e Saúde Mental no Brasil

1) Introdução

O pensamento contemporâneo a respeito de tecnologia, quer no âmbito do conhecimento, quer no campo das práticas sanitárias têm reduzido o significado do conceito ao conjunto de equipamentos materiais de trabalho, ou seja, toda a parafernália física que entra na composição deste processo de trabalho. Invoco, entretanto, definições mais precisas para o termo⁷, para considerar tecnologia o próprio processo de trabalho em Saúde

⁷. Cf. Banta, H. A. "Tecnologia para Saúde" In **Avaliação Tecnológica em Saúde, Divulgação em Saúde para Debate**. 3, 8:15, CEBES, Londrina, fev., 1991; Gonçalves, R. B. M. **Tecnologia e Organização das práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Saúde de São Paulo**. Tese, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1986; Testa, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre, ABRASCO/Artes Médicas, 1992.

Mental onde se articulam um conjunto de saberes, instrumentos e práticas que uma vez utilizados por e para pessoas, cria um campo intersubjetivo por excelência com significado social inerente. Não estamos, portanto, falando em aparelhos de eletrochoque, poltronas relaxantes ou o repertório psicofarmacológico, e sim de um conjunto de práticas de natureza biológica, psicológica e sócio-antropológicas atravessadas por afetos e idiosincrasias que, no campo da arte e da ciência, têm constituído o campo de práticas de cuidados às pessoas.

A rigor, mais temos trabalhado com "Doença Mental" que "Saúde Mental" e habitualmente transitamos nos dois campos como se fossem a mesma coisa. Não é privilégio da área mental no processo saúde-doença trabalhar o pólo negativo da doença, deixando a positividade da saúde como tarefa de mais longo prazo, ou que não tenha a ver diretamente com os que trabalham na área.

O campo de intervenção da Reforma Psiquiátrica é, na realidade, muito mais vasto que a esfera assistencial, mas talvez porque a inquietante estranheza da loucura é rebelde a assimilações, temos mais facilidade de trocar idéias sobre as dimensões institucional, política, cultural que ela apresenta. É menos freqüente que a discussão incida sobre as concepções acerca da loucura, do sujeito, e da terapêutica. É curioso porque dessas concepções derivam evidentemente os modos de entendimento do que seja aquilo que gostaríamos de colocar no lugar do manicômio.

Psicanálise, psicofarmacologia, esquizoanálise, etc, não apostam uma corrida em direção ao segredo da loucura. Ou, ao menos, não deveriam. Propõem descrições distintas dela porque tem em mente objetivos que não são superponíveis; mas que tampouco são *ipso facto* mutuamente excludentes quando pensamos no polimorfismo e na multiplicidade de problemas que o lidar com a loucura exige.

Mas onde então encontrar o que possa distingüir uma prática aceitável ou condenável, uma linha de demarcação que permita diferenciar o "nós" e o "eles", um caminho a seguir ou a evitar na construção da Reforma? Não é uma pergunta de resposta simples, se é que há uma resposta. Mas qualquer que seja ela, acreditamos deva conter o entendimento de que lidar com a experiência subjetiva - e

portanto absolutamente singular – de um sujeito que, por outro lado, só tem existência porque inscrito num universo simbólico – portanto coletivo – é lidar com uma tensão permanente entre exigências, expectativas e ideais conflitantes. A ética da tolerância, que deve estar na base da luta anti-manicomial, implica um projeto ético-político que ao mesmo tempo preserva a busca daquilo que é bom para todos (o ideário igualitário-iluminista) e aquilo que é bom para cada um (o ideário romântico-singularizador). Nem sempre esses objetivos se articulam facilmente, embora estejamos sempre tentando construir a ponte. Em nosso campo de intervenção há teorias e práticas adequadas a um e inadequadas para outro. A noção de “sujeito do inconsciente”, por exemplo, não procura dar conta dos mesmos problemas que a noção de “existência-sofrimento na relação corpo social”. Trabalhar com a tarefa de inserção social de pacientes exige instrumentos diferentes daqueles exigidos para a escuta de um delírio. Mas nem por isso se excluem ou competem, desde que possam conviver sem necessariamente buscar a “ponte” fora da premissa ética que subordina o amor à verdade (sob todas as suas possíveis formas: a teoria exata, a ideologia verdadeiramente revolucionária, o modelo acabado, etc.) à busca constante de maior solidariedade, isto é, o esforço de reduzir as fontes de violência, humilhação e dor.

2) A procura do modelo

Quase todas as propostas históricas de reinvenção da prática se construíram na proposição de um modelo assistencial supostamente mais científico, mais revolucionário, mais eficaz que os demais. A determinação em buscar novas modalidades de atenção descambou não raro para uma disputa na qual o predominante era a afirmação do modelo proposto, ao qual acabavam por se subordinar às concepções teóricas e clínicas da loucura e do sofrimento psíquico. No caso brasileiro essa é uma questão importante, tendo em vista as menores diferenças regionais, entre pequenas cidades e megalópoles, o meio rural e o meio urbano, e assim por diante. A cultura local, a estrutura dos serviços de saúde, a tradição psiquiátrica, a qualidade e quantidade de profissionais variam

enormemente. Mas além disso é preciso lembrar que condenar o manicômio e a violência a ele supõe a premissa de que há um lugar (e não uma multiplicidade de lugares) no qual a loucura pode ser acolhida. Ao invés de tentar construir (e exportar) um modelo (formas de organização dos serviços, técnicas de intervenção, etc.), talvez seja mais útil insistir em pluridimensionar o campo, recusar a homogeneidade (mesmo a revolucionária) e estar aberto à experimentação. Isso não significa, evidentemente, abrir mão de premissas inegociáveis, de idéias que servem como critério na avaliação de uma experiência.

Talvez tenhamos claro que não pretendemos adotar modelo nacional único para cuidar da Saúde Mental dos brasileiros, tantos, tão diferentes e tão assimetricamente distribuídos econômica, social e geograficamente. Contudo, é considerável entre parcela crescente da sociedade que o manicômio, o tradicional dispositivo psiquiátrico, não se aplica num Sistema de Saúde equitativo, de acesso democrático e condizente com o modelo de sociedade esboçado na Constituição brasileira em vigor. Até porque não resiste, se obedecidos critérios isentos de interesses espúrios, a avaliação da qualidade de suas práticas de natureza econômica, tecnológica ou social.

3) Novos paradigmas para uma nova prática

Nos dias atuais dificilmente encontraríamos entre os especialistas da área com credibilidade, alguém que pudesse defender o manicômio como estratégia assistencial por excelência. Entretanto, no dilema transformação-substituição do hospital psiquiátrico se identifica duas posições, uma mais medrosa, outra mais ousada, que caberia aqui examinar.

A permanência do hospital psiquiátrico com compromissos de modernização e humanização tem sido processada em países do Centro e Norte da Europa, Estados Unidos e Canadá com a justificativa de que a análise dos resultados de experiências de "Reforma Psiquiátrica" importantes, particularmente a americana e a italiana, constata a dificuldade de fazer desaparecer os

manicômios, e portanto, resignam-se a prescrever-lhes melhorias e integrá-los a uma rede mais ampla de serviços.

Uma segunda posição, baseada em análises não tão generalizadoras das reformas existentes na mesma Itália (considerando-se as especificidades regionais que é a sua grande característica), e, mais ainda, algumas regiões da Espanha, Portugal e Grécia onde se desenvolvem experiências alternativas territoriais não hospitalares, se vem demonstrando a possibilidade de substituir o manicômio por uma rede de serviços sócio-sanitários diversificada.

Aprofundando esta segunda posição e, tomando-a como paradigma na constituição de um Modelo Assistencial compatível com o novo ordenamento jurídico institucional que a Constituição/88 e a Nova Lei de Proteção aos Doentes Mentais inaugura, poderemos nos associar a outros movimentos em diferentes países, reconhecermos diferentes experiências locais, municipais e estaduais que já se desenvolvem no país há algum tempo e acordarmos:

- a) Da conveniência e facilidade de substituir os atuais hospitais psiquiátricos brasileiros, de marcada característica manicomial, por dispositivos sócio-sanitários comunitários, sem que isto suponha abandonar a sua sorte os pacientes atualmente internados, nem deixar de atender aspectos que aquelas instituições, embora de modo inadequado, ora atendem.
- b) De, no processo de desconstrução dos manicômios, minimizar o efeito negativo mais acentuado de tais instituições que atendem de modo indiferenciado problemas de natureza diversa, favorecendo a massificação e dificultando a atuação específica sobre cada um deles.
- c) Combater a vocação de “depósito social” desses espaços através de uma análise diagnóstica, epidemiológica, social e política acurada dos fenômenos, tendo permanentemente discriminadas questões psiquiátricas e não psiquiátricas, fornecendo elementos para a coletividade e autoridades planejarem programas e estratégias, mais condizentes às reais demandas.
- d) A idéia de **intersetorialidade** deverá prescindir a análise da competência dos sistema sanitário na relação com outros setores

sociais. A necessidade de diferenciar atuações de prevenção específica nos diferentes níveis (promoção, proteção e reabilitação) nos seus aspectos sanitários através de serviços ou articulados aos serviços gerais de saúde, e aqueles que é de responsabilidade de uma política social global, como por exemplo a reinserção social dos usuários do sistema, onde o setor sanitário deverá colocar estruturas correspondentes (Promoção Social, Cultura, Esporte, Educação, Trabalho, etc.). Na constituição de espaços psicossociais e/ou empresas sociais que viabilizem a absorção de pessoas com algum *hand-cap*.

e) **A diversificação** de ofertas de serviços territoriais de cuidados deverá acompanhar recursos e características regionais não desconsiderando as necessidades personalizadas e hierarquizadas dos seus usuários.

f) **A formação e qualificação contínua** dos técnicos e acompanhantes, envolvidos na proteção de serviços sócio sanitários de atenção deverá envolver Universidades, Sociedades formadoras e instituições de serviços em programas de capacitação indissociados do novo modelo assistencial acordado.

g) Uma rede diversificada de atenção implica em serviços de saúde de diferentes níveis (consultórios para atenção individual e grupal, centros de atenção para cuidados intensivos - hospitais-dia, serviços de urgência e enfermarias de curta permanência em hospitais gerias e outros); serviços de apoio sócio-cultural (centros de convivência, projetos culturais específicos: rádios, cooperativas culturais e de lazer e outros); empresas sociais que busquem reabilitar e reinserir socialmente pessoas com menores chances de inserção no mercado (pequenas fábricas, atividades artesanais, produção de alimentos, produção de serviços domésticos e outros).

h) Cabe-nos discutir novas regras de contratualidade social onde a diferença, a doença, não se constitua num *a priori* desqualificador. Implica também em reexaminar as relações com o público e o privado, desenhando esquemas mistos onde o controle social exercido pela comunidade local de usuários, aliado aos responsáveis pelas políticas no setor possam produzir as novas

estruturas flexíveis, efetivas, democráticas, onde a responsabilidade de quem cuida e de quem é cuidado possa ser personalizada, resgatando-se vínculos sem os quais nenhum sistema poderá funcionar.

IV. DESAFIO GERENCIAIS PARA OS NOVOS MODELOS

A Reforma Psiquiátrica inserida na Reforma Sanitária Brasileira tem como principais desafios:

1º) A atenção integral em saúde mental numa rede diversificada e de qualidade. Neste sentido, a preocupação com a qualidade deverá ter visibilidade na organização dos serviços, contemplando uma rede integrada, diversificada, capacitada a atender a todos os níveis de complexidade da atenção. Deverá se acompanhar ainda de ações normativas dos diferentes níveis de governo, coerentes com essa diversificação.

2º) O equacionamento dos impasses de financiamento do setor. No entanto, cabe ressaltar, que consideramos a 9ª Conferência Nacional de Saúde como o fórum de definição das fontes de financiamento e regulamentação do art. 35 da Lei Orgânica da Saúde, que diz respeito à transferência de recursos. Deste modo, estaremos, concomitantemente, consolidando as conquistas dessa Lei e viabilizando os Fundo Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde. A velocidade de implantação de ações e serviços na concepção de organização territorial é dependente da descentralização dos recursos financeiros, assim como do estímulo à captação de recursos dos diversos setores oficiais interligados e comunitários.

3º) Capacitação das equipes de saúde mental. Para ser coerente com os modelos propostos, a capacitação de pessoal deve incluir o campo das políticas de saúde e saúde mental, apontar para a organização diversificada e qualificada dos serviços, instrumentalizar para a atenção individualizada e de respeito à singularidade das pessoas em sofrimento que a necessitem e desencadear investigação e um processo permanente de avaliação e

formação. O processo de capacitação também deve ter base territorial, local, municipal e intersetorial na direção da integração entre universidades e serviços. É preciso ainda criar mecanismos de difusão de informações.

4º) Consolidar, nessa área, a incorporação do controle social na gestão dos serviços. O fortalecimento do pressuposto constitucional da democracia participativa deve estar evidente, com a perspectiva do direito de participação de todos os segmentos envolvidos na definição das políticas e ações: profissionais, usuários e representantes comunitários. Um instrumento privilegiado de democratização é a difusão dos conhecimentos e a estimulação de uma nova cultura em torno do modelo em saúde Mental.

5º) Elaboração de indicadores coerentes aplicáveis à avaliação do modelo proposto.

ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Domingos Sávio do Nascimento Alves *

Eliane Maria Fleury Seid **

Alfredo Schechtman **

Rosane Correia e Silva **

* **Coordenador de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde.**

** **Chefe de Serviço da Coordenação de Saúde Mental/DPROC/SNAS/MS.**

1 - Introdução

É consenso hoje entre técnicos, prestadores de serviços públicos e privados, governo e opinião pública, que a assistência psiquiátrica prestada no Brasil é de má qualidade.

Somam-se a essa constatação, denúncias de violação dos direitos humanos e de cidadania de pacientes internados em estabelecimentos psiquiátricos, confirmadas, de modo geral, quando da inspeção ou visitas a esses lugares de abandono e segregação.

Esta situação é decorrente de múltiplas causas, sendo a principal delas a lógica do modelo assistencial vigente, centrado no leito hospitalar psiquiátrico, utilizado quase que como único recurso. Trata-se pois da dominância de um modelo iatrogênico e superado, de custos sociais e econômicos elevados.

Essa hegemonia propiciou o enraizamento de uma cultura manicomial, sustentada na proliferação de um número excessivo de leitos psiquiátricos, único recurso terapêutico financiado pelo setor público na atenção psiquiátrica.

Além de fatores históricos e sociais de caráter mais geral, reforçam essa cultura da exclusão a inserção marginal das ações de saúde mental na atenção à saúde e a predominância de um aparelho formador que reproduz, quase sem crítica, a ideologia do hospitalocentrismo.

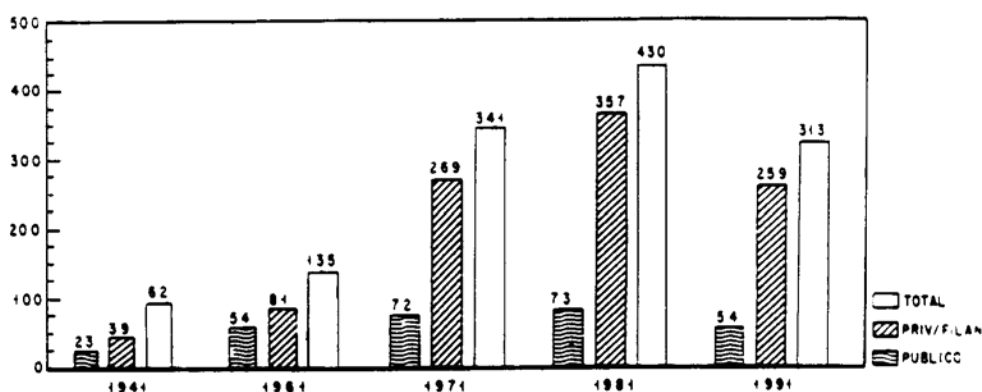
O presente artigo pretende apresentar alguns dados da situação atual e indicar prioridades e estratégias para uma ação transformadora que redefina a lógica das relações no campo "psi".

2 - Situação Atual

Visando apresentar um diagnóstico objetivo da situação atual lançaremos mão de alguns indicadores indiretos de qualidade, que dimensionam as distorções da assistência em saúde mental em nosso país.

O Brasil tem hoje 313 hospitais psiquiátricos sendo 259 privados e filantrópicos e 54 públicos. A conhecida expansão do número de estabelecimentos hospitalares, iniciada na década de 60, aumentou em aproximadamente três vezes o número de estabelecimentos psiquiátricos, notadamente no setor privado. A partir dos anos 80, no entanto, observa-se uma queda do número de hospitais da ordem de 258, conforme dados apresentados na Figura 1.

FIGURA 1
EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS, SEGUNDO O PRESTADOR
BRASIL, 1941/91

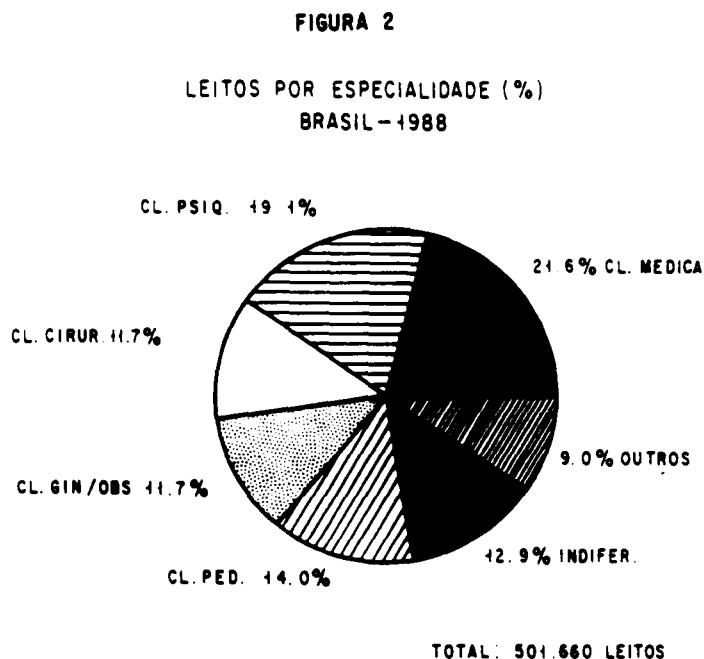


FONTES: AEB/IBGE.
CIS/MS.
SIH/INAMPS.

O cotejo dos dados da assistência psiquiátrica, na última década, com os da assistência em saúde como um todo, para o mesmo período, permite apontar que a tendência à redução do número de estabelecimentos notada na área de psiquiatria não é seguida no restante do setor. Dados do IBGE indicam um aumento de 16,6% no número de estabelecimentos de saúde com internação no período 1980-1989. Tendo em conta que esse percentual positivo de crescimento pa

ra o setor como um todo abrangeu a psiquiatria, aonde se constatou o referido decréscimo de estabelecimentos, acentua-se o contraste entre as tendências da área específica e setorial.

Segundo os últimos dados disponíveis no Centro de Informações de Saúde do Ministério da Saúde, em 1988 o número de leitos psiquiátricos representava 19,1% do total de leitos no país, percentual superado apenas pelos leitos de clínica médica (Figura 2).

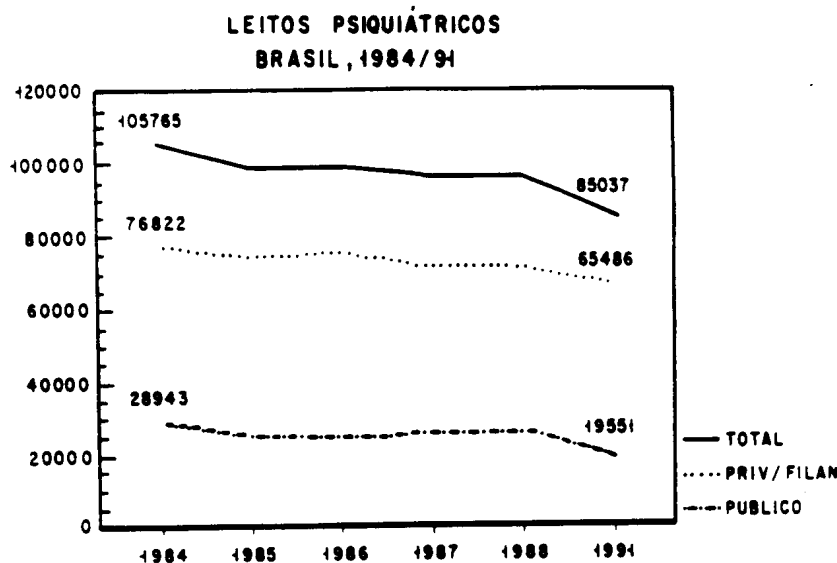


FONTE: CIS-MS

Este fato pode ser atribuído às distorções decorrentes do incremento vertiginoso do número de leitos psiquiátricos a partir dos anos 60, fazendo com que a clínica psiquiátrica ainda detivesse cerca de um quinto do total dos leitos existentes no país, no fim da década de 80.

O total de leitos psiquiátricos no país é de aproximadamente 85.000, sendo que cerca de 65.000 são privados (incluídos os filantrópicos). Conforme se depreende dos dados apresentados na Figura 3, constata-se uma queda do número de leitos da ordem de 20%, nos últimos sete anos.

FIGURA 3



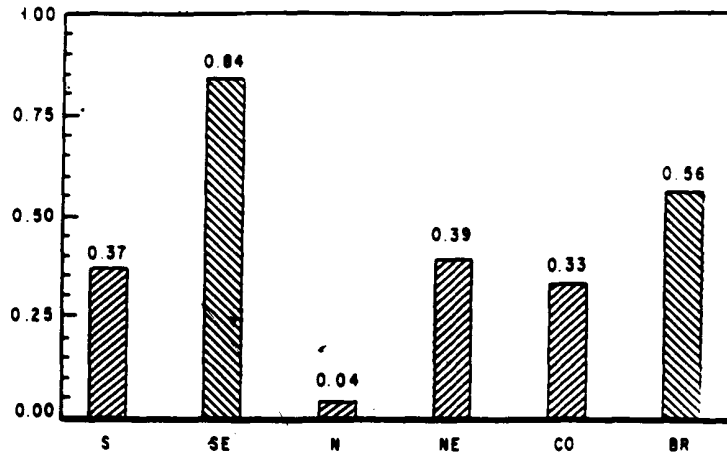
FONTES: CIS /MS.
SIH/INAMPS.

Esta redução para o setor saúde como um todo, para o mesmo período, é de aproximadamente 3%, bem inferior portanto à encontrada para a área específica, segundo dados do IBGE ⁽¹⁾.

A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde estabelece como limite máximo aceitável a existência de 0,5 leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes, incluindo neste cômputo os leitos em hospital-geral⁽²⁾. Se, em termos globais, estados nos aproximando deste parâmetro, uma apreciação da distribuição de leitos por macrorregião indica a existência de acentuadas disparidades regionais. A Figura 4 mostra que a maior relação de leitos psiquiátricos por habitante encontra-se na região Sudeste, alcançando 0,84 leitos por 1.000 habitantes em 1991, extrapolando em muito os limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Assim, as maiores distorções se dão nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais (notadamente Barbacena e Juiz de Fora) e, fora desta região, em Pernambuco.

FIGURA 4

LEITOS PSIQUIÁTRICOS/1.000 HABITANTES
SEGUNDO REGIÕES BRASILEIRAS
1991

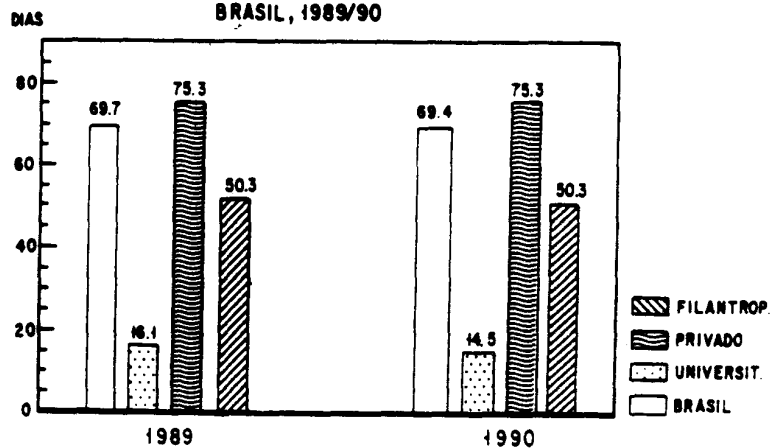


FONTE : SIH/INAMPS.

Outro dado utilizado para a análise da assistência é o indicador de tempo médio de permanência (internação), hoje próximo a 69 dias, considerando o conjunto dos prestadores, portanto muito acima dos trinta dias parametrados por esta Coordenação como aceitáveis ⁽²⁾. Esta distorção é ainda maior no setor privado contratado, aonde, no ano de 1990, se atingiu 75,3 dias de tempo médio de permanência. (Figura 5)

FIGURA 5

TEMPO MEDIO DE INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA,
POR TIPO DE PRESTADOR
BRASIL, 1989/90



FONTE : SINTESE/DATAPREV.

Os gastos com internação por transtornos mentais representaram, em 1990, 8,5% de toda a despesa com internação da rede pública, conveniada e contratada, configurando o segundo maior gasto com internações hospitalares pelo INAMPS (Tabela 1). Avaliando os gastos com internação apenas da rede privada contratada, estes gastos com transtornos mentais passam para o primeiro lugar do total de gastos do INAMPS, alcançando 14,6%. (Tabela 2)

TABELA 1
GASTOS COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR (%): 3 PRIMEIROS GRUPOS DE MORBIDADE
BRASIL - 1986 a 1990

GRUPO DE MORBIDADE	1986	1987	1988	1989	1990
- Outras doenças do aparelho respiratório	12,5%	11,0%	10,8%	11,8%	13,2%
- Transtornos mentais	11,0%	11,6%	10,0%	8,6%	8,5%
- Doenças do aparelho digestivo	7,6%	7,6%	7,6%	7,4%	7,2%

Fonte: SÍNTESE-DATAPREV

TABELA 2
GASTOS COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR (%): 3 PRIMEIROS GRUPOS DE MORBIDADE
REDE PRIVADA CONTRATADA - BRASIL - 1986 a 1990

GRUPO DE MORBIDADE	1986	1987	1988	1989	1990
- Transtornos mentais	11,0%	12,0%	11,0%	13,5%	14,6%
- Outras doenças do aparelho respiratório	12,5%	11,1%	11,3%	12,0%	13,6%
- Outras doenças digestivas	7,6%	7,5%	7,4%	6,3%	6,0%

FONTE: SÍNTESE-DATAPREV

Os custos, no plano social, decorrentes deste modelo assistencial iatrogênico e segregador, também são elevados. Assim, conforme dados do IBGE, do total de mais de 450 mil pacientes internados por transtornos mentais em 1989, estima-se que aproximadamente um terço apresenta história de longas ou repetidas internações. Muitos destes pacientes cronificados são residentes nos hospitais psiquiátricos, pois perderam completamente os seus vínculos familiares e sociais, o que torna extremamente difícil o seu processo de reabilitação.

Assim, apesar da crítica explícita a esse modelo vir de longa data, tendo sido chancelada oficialmente quando da elaboração do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica da Previdência Social⁽³⁾, e por ocasião da I Conferência Nacional de Saúde Mental⁽⁴⁾, poucas alternativas à internação em hospital psiquiátrico foram colocadas à disposição dos usuários. Entre outros fatores, a inexistência de instrumentos de financiamento de modalidades de assistência não-hospitalares e de internação em hospital-geral pode ser apontada como responsável por algumas das dificuldades de transformação do quadro atual.

Apesar dessas dificuldades, podemos delinear alguns indícios de transformação do modelo assistencial.

Experiências inovadoras e exitosas, em andamento em vários municípios brasileiros, indicam a viabilidade da implantação de uma rede de serviços composta por diversas modalidades de recursos assistenciais. Alguns resultados positivos já começam a ser observados, como a desospitalização e reinserção social de pacientes com história de longas internações, além do tratamento de pacientes com quadros graves em unidades extra-hospitalares.

A crescente utilização de leitos psiquiátricos em hospital-geral é outro dado de importância significativa na direção da atenção

integral em saúde. Em 1991, dos 85.000 leitos psiquiátricos disponíveis, aproximadamente 2.000 estão em hospitais gerais. Nas regiões Sul e Norte, o leito em hospital-geral já representa cerca de 10% do total de leitos utilizados em psiquiatria (Tabela 3). Apesar destes números serem ainda inexpressivos, em termos absolutos, este indicador aponta para uma tendência promissora na direção da reversão do modelo assistencial asilar.

TABELA 3

LEITOS E HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS, SEGUINDO AS MACRORREGIÕES - 1991

REGIÕES	NÚMERO DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	NÚMERO DE LEITOS NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS	NÚMERO DE LEITOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAL-GERAL	TOTAL DE LEITOS
NORTE	06	328	44	372
NORDESTE	69	16.408	357	16.765
CENTRO-OESTE	24	3.387	124	3.511
SUDESTE	183	54.535	1.022	55.859
SUL	31	7.891	639	8.530
BRASIL	313	82.549	2.186	85.037

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES/INAMPS.

O surgimento de várias organizações de usuários dos serviços de saúde mental é um indicador do estabelecimento de relações diversas daquelas historicamente predominantes na área. Essas associações têm papel relevante na salvaguarda dos direitos humanos e de cidadania dos pacientes psiquiátricos.

Além disso, também apontando na direção da necessidade de transformação, constata-se o crescente poder de pressão da opinião pú-

blica e da maioria das entidades de profissionais da área, bem como a mobilização e o debate suscitados pela apresentação no Parlamento do Projeto de Lei 8/91, de autoria do Deputado Paulo Delgado, referente à reestruturação da assistência psiquiátrica no país.

3 - As propostas do Ministério da Saúde

Frente ao quadro delineado, a atual equipe da Coordenação de Saúde Mental traçou com prioridade a reversão do modelo assistencial vigente, conforme meta fixada no Plano Quinquenal de Saúde.⁽⁵⁾

Para se alcançar esse objetivo, uma análise de viabilidade verificou uma tendência de reversão desse modelo, já a partir de meados de década de 80, com a progressiva criação de serviços alternativos à internação hospitalar, ainda que tal expansão tenha sido limitada pela já apontada ausência de mecanismos de financiamento para os mesmos.

Com base nessa análise, a Coordenação de Saúde Mental traçou as estratégias de ação relacionadas a seguir:

- 1º – Estabelecer como ação prioritária a mudança de financiamento da área de saúde mental.
- 2º – Elaborar propostas de mecanismos de ação conjunta com todas as secretarias estaduais de saúde, constituindo-se um colegiado permanente com a participação das coordenações estaduais de saúde mental.
- 3º – Propiciar a discussão com os níveis estadual e municipal e com os prestadores públicos e privados, sobre a importância de se fi-

xar diretrizes e normas técnicas para a prestação de serviços na área de saúde mental, estimulando as novas experiências em curso.

- 4º – Incentivar o debate sobre a questão da atenção em saúde mental no Brasil, sinalizando para a gravidade da situação atual e apontando as principais diretrizes para a mudança.
- 5º – Assessorar o Parlamento na análise de projetos pertinentes à Reforma Psiquiátrica no Brasil, enfatizando a necessidade de criação de novos dispositivos que sancionem e legalizem as transformações em andamento.
- 6º – Convocar uma comissão ampla e representativa para organizar a II Conferência Nacional de Saúde Mental.
- 7º – Incrementar relações de intercâmbio e de cooperação no plano internacional, com assessoria da Organização Panamericana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, consoante com as resoluções da Conferência de Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina⁽⁶⁾.

Consoante com as estratégias e prioridades acima traçadas, um passo importante, dado pelo nível federal, para permitir a transformação do modelo assistencial, foi a diversificação dos procedimentos remunerados pelo Sistema Único de Saúde, nos níveis ambulatorial e hospitalar, assim com a regulamentação e o estabelecimento de padrões mínimos para o funcionamento dos serviços de saúde mental no Brasil (Portarias 189/91 e 224/92)⁽⁷⁾.

Estes documentos respaldam e viabilizam a diversificação das terapêuticas de modo adequado ao nível atual do conhecimento técnico e científico da área e aos princípios legais do Sistema Único de Saúde.

Pretende-se, assim, a inserção das ações de saúde mental dentro de uma rede de serviços, com ênfase na hierarquização e integralidade das ações.

Passa-se a remunerar novos procedimentos, tais como a consulta individual e em grupo, por profissionais de diversas categorias; o atendimento em oficinas terapêuticas, em centros e núcleos de atenção psicossocial e em hospitais-dia; e a urgência e internação em hospital-geral.

Deve-se ressaltar ainda o papel das secretarias estaduais e municipais de saúde na complementação e adequação destas normas às diferentes realidades regionais e locais.

Com a entrada em vigência dessas Portarias, o Ministério da Saúde espera minimizar os entraves e promover a construção de um modelo assistencial em saúde mental diversificado e de qualidade.

4 - Conclusão

O panorama até aqui traçado permite inferir que nos anos 80 ocorre um aprofundamento da crise do modelo assistencial hospitalocêntrico, constatando-se que, mais além de possíveis estrangimentos financeiros, essa crise decorre em boa medida da falência ideológica dos princípios de sustentação daquele modelo.

É nos interstícios desta crise que se percebem avanços e se apresentam alternativas consistentes para a construção de uma realidade nova na área da assistência psiquiátrica.

Com base nessa análise, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde busca realizar o seu papel na articulação da área de saúde mental.

Nesse sentido, o acompanhamento, pelo nível federal, da implantação e funcionamento dos novos serviços; a capacitação de profissionais de saúde nas questões relativas à atenção de saúde mental; o estímulo à organização autônoma das entidades de usuários e realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental são passos importantes para a transformação do modelo assistencial.

A aceleração do processo de municipalização e o estímulo ao estabelecimento de novas relações entre usuários e prestadores de serviços são também componentes fundamentais do processo de mudança.

É crucial, ainda, que se estabeleça uma outra lógica nas relações do campo "psi" com os usuários, ou seja, que a lógica do "isolar para conhecer, conhecer para intervir" seja substituída por "ouvir para conhecer, conhecer para tratar e conviver". É inadiável o aprofundamento deste processo de transformação para que, em breve, possamos não nos envergonhar da assistência que prestamos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatística da Saúde; Assistência Médica Sanitária, v.14, 1989.
- (2) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. Orientação para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990. 36p.
- (3) MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. Programa de reorientação da assistência psiquiátrica. Brasília, MPAS/CCS, 1983, 19p. (Portaria nº 3108, de 21/12/82).
- (4) CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Relatório Final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, 43p.
- (5) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Quinquenal de Saúde 1990/95. A Saúde do Brasil Novo. Brasília, Assessoria de Comunicação Social/MS, 1991, 87p.
- (6) González Uzcátegui, R. e Levav, I. Eds. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Memórias de la Conferência Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, Caracas, Venezuela, 11 a 14 de novembro de 1990. Washington, Organização Panamericana de Saúde/Instituto Mário Negri, 1991, 148p.
- (7) MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Portarias nº 189 de 19/11/1991 (D.O.U de 11/12/1991) e nº 224 de 29/01/1992 (D.O.U de 30/01/1992).

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PORTARIA Nº 189, DE 19 DE NOVEMBRO DE 1991

O SECRETÁRIO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto nº 99244 de 10 de maio de 1990.

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais;

Considerando a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando a integralidade da atenção a esse grupo e;

Considerando, finalmente a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de Saúde Mental com o modelo assistencial proposto, resolve:

01. Aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental.

1.1. GRUPO 63.100.00-2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I.

63.001.00-4 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

1.2. GRUPO 63.100.01-0 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA II.

63.001.10-1 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL.

1.3. GRUPO 63.100.02-9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL DIA.

63.001.20-9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL DIA.

02. Incluir no Grupo 43.100.00-7 – DIAGNÓSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO, o procedimento 63.000.00-8 – Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria.

2.1 O procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente aos Hospitais Gerais previamente autorizados pelo Órgão Gestor Local.

0.3 A partir de 1º de janeiro de 1.992, será adotada a seguinte sistemática para as internações em Psiquiatria:

3.1. Pagamento máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias de Psiquiatria, através do documento AIH-1 Autorização de Internação Hospitalar.

3.2. As internações do Grupo 63.100.00-2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I, poderão ultrapassar o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, devendo nesse caso ser utilizado o formulário AIH complementar (AIH-5 – longa permanência) com o mesmo nº da AIH-1 que deu origem a internação, desde que seja autorizada, segundo critérios do Órgão Local do SUS.

3.2.1 Cada AIH-5 permitirá a cobrança de até 31 (trinta e uma) diárias, ficando estabelecido o pagamento máximo de até 180 (cento e oitenta) diárias para o paciente da Psiquiatria, através de um único número de AIH-1.

3.2.2 Toda autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo Diretor Clínico da Unidade Assistencial, mediante laudo específico. Uma cópia do laudo médico deverá ser encaminhada, a cada 30 (trinta) dias, ao Órgão Gestor que, segundo critérios do nível local do SUS, autorizará ou não a continuação da internação.

3.2.3. Após o período de 180 (cento e oitenta) dias, havendo necessidade do paciente permanecer internado, deverá a Unidade Assistencial solicitar nova AIH-1, conforme o estabelecido no item 3.4 desta Portaria.

3.3. As AIH's dos pacientes atualmente internados que necessitem de continuidade de internação, serão substituídas por novas AIH's, a medida que forem perdendo a validade, observado o cronograma do Anexo I.

3.4. A autorização para emissão de AIH do paciente Psiquiátrico será de competência exclusiva de Gestores Estaduais e/ou Municipais.

04. As normas técnicas para o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais-dia e urgências psiquiátricas, serão elaboradas e divulgadas pelo Ministério da Saúde até 16 de dezembro de 1991, com complementação e regulamentação pelo Gestor Estadual e/ou Municipal.

05. O número de leitos cadastrados de cada Unidade Assistencial será estabelecido pelo Orgão Gestor Local.

06. No Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema Unico de Saúde - SIA/SUS. a atenção em saúde mental incluirá novos procedimentos além dos já existentes (códigos 040-0 e 031-0):

- Código: 038-8 Atendimento em grupo executado por profissional de nível superior.

Componentes: atividade de grupo de pacientes (grupo de orientação, grupo operativo, psicoterapia grupal e/ou familiar), composto por no mínimo 05 e no máximo 15 pacientes, com duração média de 60 minutos, executada por um profissional de nível superior, desenvolvida nas unidades ambulatoriais cadastradas no SIA, e que tenham estes profissionais devidamente cadastrados.

- Código: 036-1 Atendimento em grupo executado por profissional de nível médio.

Componentes: atividades em grupo de pacientes (orientação, sala de espera), composto por no mínimo 10 e no máximo 20 pacientes, com duração média de 60 minutos, executada por profissional de nível médio, desenvolvida nas unidades ambulatoriais cadastradas no SIA, e que tenham estes profissionais devidamente cadastrados.

- Código: 840-0 Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial – (01 turno)

Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de um turno de 04 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de duas refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.

- Código: 842-7 Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial – (02 turnos)

Componentes: atendimento a pacientes que demandem programa de atenção de cuidados intensivos, por equipe multiprofissional em regime de dois turnos, de 04 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar) com fornecimento de três refeições, realizado em unidades locais devidamente cadastradas no SIA para a execução deste tipo de procedimento.

- Código: 844-3 Atendimento em Oficinas Terapêuticas I.

Componentes: atividades grupais (no mínimo 05 e no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 02 (duas) horas, executadas por profissional de nível médio, através de atividades como carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. Serão realizadas em serviços extra-hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SIA para a execução deste tipo de atividade.

- Código: 846-0 Atendimento em Oficinas Terapêuticas II.

Componentes: atividades grupais (no mínimo 05 e no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, executadas por profissional de nível superior, através de atividades como teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. Serão realizadas em serviço extra-hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SIA para a execução deste tipo de atividade.

Código: 039-6 Visita domiciliar por profissional de nível superior.

Componentes: atendimento domiciliar realizado por profissional de nível superior, com duração média de 60 minutos.

- Código: 650-5 Psicodiagnóstico.

Componentes: entrevistas de anamnese com o paciente, familiares ou responsáveis, utilização de técnicas de observação e/ou aplicação de testes/instrumentos de avaliação psicológica (o psicodiagnóstico sempre envolverá a elaboração de laudo bem como a especificação das técnicas e testes), executado por psicólogo.

07. Os estabelecimentos de saúde que prestam serviços de saúde mental, integrantes do Sistema unico de Saúde, serão submetidos periodicamente à supervisão, controle e avaliação, por técnicos dos níveis federal, estadual e/ou municipal.

08. Conforme modelo assistencial proposto para a atenção à saúde mental, o cadastramento dos serviços de saúde mental no SIH e no SIA caberá às Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde, com apoio técnico da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e da Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS no Estado.

09. Os valores de remuneração dos procedimentos constantes das Tabelas do SIH/SUS e SIA/SUS serão estabelecidos em Portaria específica, com vigência a partir de 1º de Janeiro de 1992.

10. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação com efeitos a partir de 1º de Janeiro de 1.992.

RICARDO AKEL

ANEXO I

Cronograma de vigência da AIH dos pacientes internados na especialidade de Psiquiatria em Hospitais do SIH-SUS.

1. AIH com data de internação do mês de fevereiro de 1990.

- Validade até o mês de janeiro de 1992.
- Apresentação para pagamento até fevereiro de 1992.

2. AIH com data de internação no período de março de 1990 a junho de 1990.

- Validade até o mês de fevereiro de 1992.
- Apresentação para pagamento até março de 1992.

3. AIH com data de internação no período de julho de 1990 a dezembro de 1990.

- Validade até o mês de março de 1992.
- Apresentação para pagamento até o mês de abril de 1992.

4. AIH com data de internação no período de janeiro de 1991 a dezembro de 1991.

- Validade até o mês de maio de 1992.
- Apresentação para pagamento até junho de 1992.

(Of. nº 57/91)

Ministério da Saúde

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

PORTARIA Nº 224, DE 29 DE JANEIRO DE 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e Presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto nº 99244 de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4º da Portaria 189/91, acatando Exposição de Motivos (17/12/91), Coordenação de Saúde Mental, do Departamento de Programas de Saúde, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1. DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1) Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório

1. 1 – O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1. 2 – Os critérios de hierarquização e regionalização da rede bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo Órgão Gestor Local.

1. 3 - A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1. 4 – Recursos Humanos

- Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A equipe técnica de Saúde Mental para atuação nas unidades básicas/centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do Órgão Gestor Local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo Órgão Gestor Local.

2. NÚCLEOS/CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (NAPS/CAPS):

2. 1 – Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2. 2 – Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, consideran-

do sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2. 3 – São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8:00 às 18:00h, segundo definições do Órgão Gestor Local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2. 4 – A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros);
 - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
 - visitas domiciliares;
 - atendimento à família;
 - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- Os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (2 turnos) terão direito a três refeições.

2. 5 – Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2. 6 – Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) a mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPILARES DO SUS)

1) Hospital - dia

1. 1 – A instituição de hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de 2ª feira a 6ª feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente.

1. 2 – O hospital-dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço de hospital-dia seja regionalizado, atendendo a uma população de uma área geográfica definida, facilitando o acesso do paciente à unidade assistencial. Deverá estar integrada a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

1. 3 – A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;

– Os pacientes em regima hospital-dia terão direito a três refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1. 4 – Recursos Humanos

A equipe mínima, por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos);
- profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

1. 5 – Para Fins de Financiamento pelo SIH-SUS

a) Os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-1 para um máximo de 30 pacientes-dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos.

a) Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 hab., o credenciamento de vagas em hospital-dia estará condicionado à redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

2. Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital-Geral

2. 1 – Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2. 2 – Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2. 3 – Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);

d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto-atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital-geral e hospital especializado.

2. 4 – Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima, período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2. 5 – Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares – SIH, o procedimento

Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.

3. Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital-Geral

3. 1 – O estabelecimento de leitos/unidade psiquiátricas em hospital-geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional.

3. 2 – O número de leitos psiquiátricos em hospital-geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital-geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socio-terápicas.

3. 3 – Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta-hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatorial, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

3. 4 – Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;
- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

3. 5 – Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS): o procedimento 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital-Geral) será remunerado apenas nos hospitais-gerais.

4. Hospital Especializado em Psiquiatria

4. 1 – Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4. 2 – Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta-hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatorial, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

4. 3 – Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento da clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor expedidas pelo Ministério da Saúde.

4. 4 – O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermeira para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4. 5 – O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4. 6 – Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7:00 às 19:00 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

– Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro.

– Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:

- 1 assistente social;

- 1 psicólogo;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes.
- 1 nutricionista e 1 farmacêutico

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas como psiquiatra-assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos, três outros dias da semana.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

1) Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;

- os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo Órgão Gestor Local.

2) Em relação ao atendimento em regime de internação em hospitais geral ou especializado, que seja referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente Portaria, será de competência das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde.

RICARDO AKEL

(Of. nº 68/92)

Brasília, 30 de julho de 1991

**PROGRAMA DE ATENÇÃO EM SAÚDE
MENTAL**

**PROPOSTA DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA
DE HOSPITAIS**

PREMISSAS BÁSICAS

As desordens psíquicas, especialmente os quadros psicóticos situam-se, primeiramente, no âmbito da medicina, cobertos pelos atos médicos de Diagnóstico e Tratamento, visando e possibilitando a reinserção do indivíduo na sociedade.

O homem, entretanto, é um ser eminentemente social e, como uma das peculiaridades fundamentais da Doença Mental é a quebra ou perturbação, em níveis diversos, das pautas básicas de convivência e relacionamento, torna-se exigência decorrente, um enfoque multiprofissional na complementação terapêutica.

O Hospital de Psiquiatria existirá como uma exigência de ordem médica e social enquanto a ciência não dispuser de meios de atalhar a eclosão da doença mental e, como consequência, quando ela determinar duas ocorrências:

a) recusa do doente em se submeter a tratamento médico especializado adequado, única maneira válida que se tem para tentar deter a marcha evolutiva de muitas doenças mentais, implicando em possíveis danos permanentes de cronificação, ou riscos de vida para ele próprio;

b) – alteração das pautas habituais de relacionamento e convivência com os grupos, familiar e vicinal, trazendo essa quebra de padrões comportamentais, problemas insuperáveis de relacionamento ou mesmo de riscos e ameaças eventuais vivenciados por esses supracitados grupos.

O saber médico-científico e a intervenção terapêutica do psiquiatra têm que ser a mola propulsora no atendimento ao doente mental, sem descurar-se, em qualquer regime assistencial, de atendimentos básicos de terapia individual, grupal de ressocialização.

O ato psiquiátrico não se distingue dos demais procedimentos médicos e seus objetivos são também comuns: – diagnóstico, tratamento e, conseqüentemente, a reinserção do indivíduo na vida social, no caso muito mais difícil pelas próprias características da doença mental.

Também o regime de tratamento ambulatorial ou hospitalar deve ter, obrigatoriamente, uma precedência de avaliação do médico psiquiatra. Afinal, por princípio, afastar-se o recurso do hospital psiquiátrico terapêutico é admitir-se a única exceção na assistência médica. Seria a única especialidade médica a prescindir da hospitalização em hospital adequado.

É eficaz a utilização de leito em Hospital Geral para tratamento de determinados quadros psiquiátricos, sobretudo quando o doente assume uma atitude colaboradora, ativa ou passiva, não obstaculizando a intervenção do psiquiatra em seu tratamento.

Achamos mesmo que se deve tentar a assistência, em poucos leitos em hospitais gerais, em regiões onde não haja outra opção de atendimento.

Devemos, entretanto, lembrar que o atendimento psiquiátrico em Hospital Geral, como uma solução global para o atendimento do paciente psicótico, criou sérios e graves problemas nas experiências já realizadas em países mais desenvolvidos pelas seguintes razões:

1 – o arranjo arquitetônico de um ambiente propício ao tratamento do doente mental é bem diverso da exigüidade natural das enfermarias de um Hospital Geral;

2 – a rejeição, pelos pacientes clínicos ou cirúrgicos, seus familiares e de todo o corpo clínico-administrativo do Hospital Geral, face ao receios e incômodos causados pelo doente mental, obrigando o psiquiatra a usar um carga bem maior de fármacos, reeditando-se, à guisa de contenção medicamentosa, o uso intensivo de drogas, tão condenado por todos nós, além da possibilidade de práticas de ocupação terapêutica.

RECOMENDAÇÕES

A família é o núcleo social básico e primeiro a ser mobilizado no processo complementar de tratamento visando a reabilitação social do paciente. Diante das condições atuais de extrema adversidade sócio-econômica e desorganização da Família de grande maioria de nossos Doentes Mentais, impõe-se um PERFIL ECONÓMICO E SOCIAL dessas famílias, especialmente a pesquisa sobre renda, moradia, nível educacional, etc., referencial indispensável para qualquer programação.

– Criação de condições para a conscientização da família, com o objetivo de reduzir a rejeição ao paciente, tornando-a elemento integrante do processo terapêutico.

– Levantamento de prevalência nosológica, assim como, um inventário prévio de toda a capacidade instalada e necessária.

– Definição de padrões mínimos de qualidade para cada serviço, fixando prazos para que cada um promova sua adequação às novas normas.

– Garantir a manutenção da qualidade dos serviços prestados.

– Suporte econômico aos pacientes em regime de semi-internação ou ambulatorial, para garantia da continuidade do tratamento.

– Criação de Movimento Nacional de Cooperação e Solidariedade ao Doente Mental, dele participando os Familiares e outros segmentos da Sociedade a fim de reverter a rejeição cristalizada na cultura brasileira ao Doente Mental.

A implantação e implementação do programa ora proposta pelo FBH, necessitará de recursos adicionais. Os executivos das Áreas federal, estadual e municipal, juntamente com o congresso Nacional, devem ter a disposição política para definir disponibilidades orçamentárias adequadas a esta reformulação.

ESTRUTURA DA ASSISTENCIA

1 – HOSPITAL 24 HORAS

Assistencia 24 horas por dia

Tecnologia de Ponta

2 – HOSPITAL PARCIAL

Atendimento especilizado / dia

Atendimento especilizado / noite

3 – AMBULATORIO/URGENCIA

Atendimento multiprofissional com dispensação de medicamentos

Serviços de atendimento de urgências psiquiátricas em Pronto Socorro Geral e/ou Especilizado.

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO

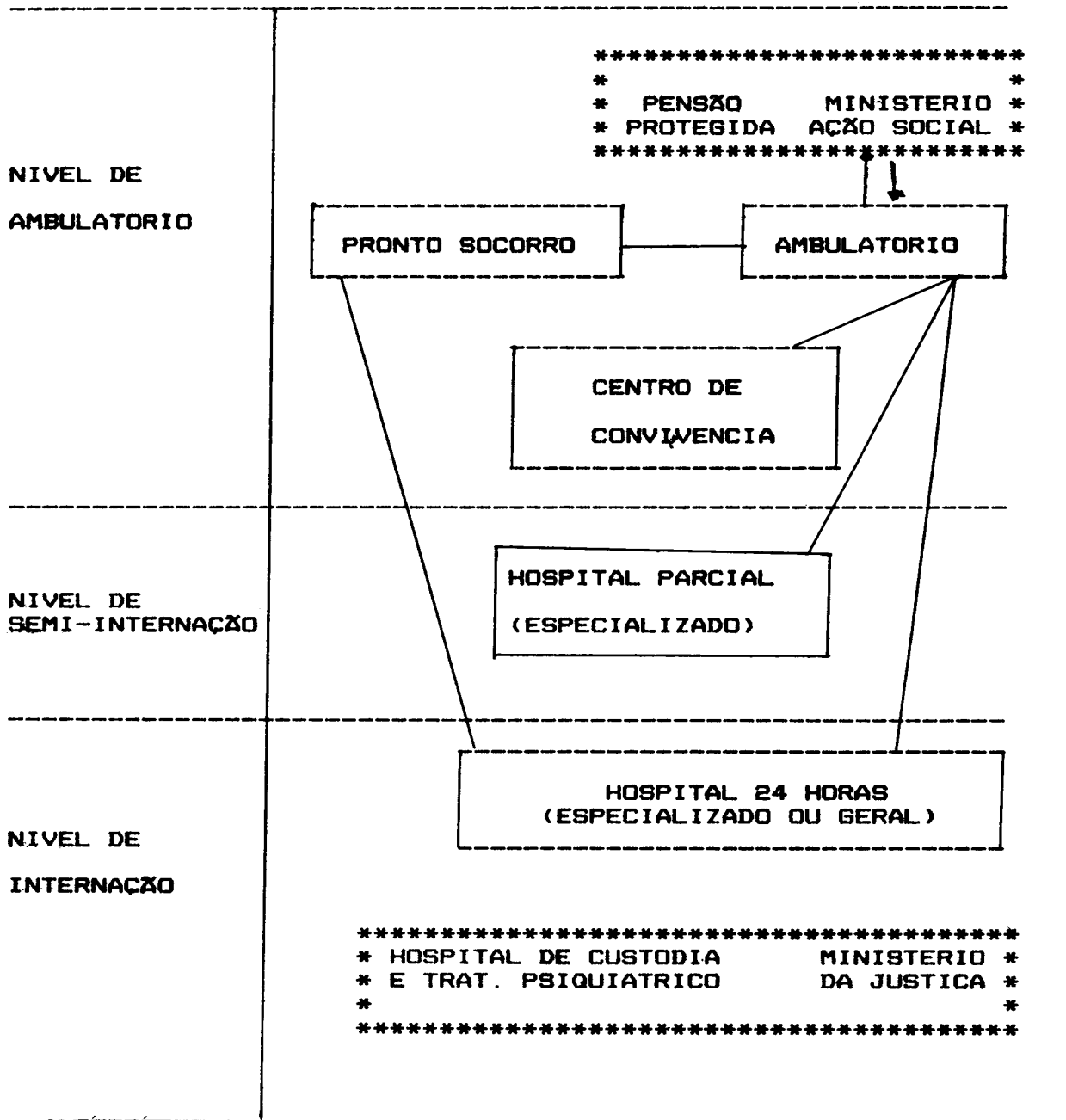
1 – CONTINUA – envolve cobertura ao paciente, 24 horas por dia, em regime de hospitalização.

2 – PARCIAL – envolve cobertura direta, em regime de semi-internação, com supervisão à distância no domicílio

3 – AMBULATORIAL – envolve cobertura à distância, com atenção direta programada

4 – DE URGÊNCIA – envolve cobertura eventual a partir do agravamento de sintomas.

NIVEIS DE ASSISTENCIA



ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

17 de Dezembro de 1991

A PROTEÇÃO DE PESSOAS COM ENFERMIDADE MENTAL E A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL*

A ASSEMBLÉIA GERAL,

Ciente das recomendações da Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/da Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/da Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/e de outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Incapacitadas, 98/e do Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/,

Recordando sua resolução 33/53 de 14/dezembro/1978, na qual se requeria à Comissão dos Direitos Humanos que a Sub-Comissão de Prevenção da Discriminação e de Proteção de Minorias tomasse, como matéria prioritária, um estudo da questão da proteção das pessoas asiladas por suas más condições de saúde mental, com vistas a formular diretrizes;

Recordando também sua resolução 45/92 de 14/dezembro/1990, na qual se saudava o progresso feito pelo grupo de trabalho da Comissão de Direitos Humanos ao elaborar um projeto de corpo de princípios para a proteção de pessoas com enfermidade mental e para a melhoria da assistência em saúde mental com base em um projeto apresentado à Comissão pela Sub-Comissão de Prevenção da Discriminação e de Proteção de Minorias,

Anotando a resolução 1991/46 de 5/março/1991, 69/da Comissão de Direitos Humanos, em que se aprovava o projeto de corpo de princípios a ela submetido pelo grupo de trabalho e decidia transmiti-lo, bem como ao relatório do grupo de trabalho, à Assembléia Geral, por intermédio do Conselho Econômico e Social.

Anotando também a resolução 1991/29 de 31/maio/1991, do Conselho Econômico e Social, em que se decidia submeter o projeto de corpo de princípios e o relatório do grupo de trabalho à Assembléia Geral.

Considerando ainda as recomendações da Comissão de Direitos Humanos em sua resolução 1991/46 e do Conselho Econômico e Social em sua resolução 1991/29 que, em caso de aprovação do projeto de corpo de princípios pela Assembléia Geral, o texto completo seria disseminado do modo mais amplo possível e que a introdução deveria ser publicada ao mesmo tempo, como um documento complementar, para benefício dos Governos e do público em geral.

* Original em Inglês. Versão não Oficial. 01/06/92

Coordenação deste trabalho de tradução e versão em Português: Dr. Messias Liguori Padrão

Considerando ainda a nota da Secretaria Geral,100/ que em seu anexo contém o projeto de corpo de princípios e a introdução ao mesmo.

1. **Adota** os Princípios para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, cujo texto está anexo à presente resolução;

2. **Requisita** à Secretaria Geral que inclua o texto do corpo de Princípios, juntamente com a introdução, na próxima edição de "Direitos Humanos/ -Uma Compilação de Instrumentos Internacionais";

3. **Requisita** à Secretaria Geral que dê a maior disseminação possível ao corpo de Princípios e garanta que a introdução seja publicada ao mesmo tempo como documento complementar, para benefício dos Governos e do público em geral.

ANEXO

PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS COM ENFERMIDADE MENTAL E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

APLICAÇÃO

Estes Princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer tipo, tais como as alegações de incapacitação, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, origem nacional, étnica ou social, status legal ou social, idade, propriedade ou nascimento.

DEFINIÇÕES

Nestes Princípios:

"Advogado" significa um representante legal ou qualificado de outra maneira;

"Autoridade independente" significa uma autoridade competente e independente prescrita pela legislação nacional;

"Assistência à Saúde Mental" inclui análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa e, tratamento, cuidado e reabilitação para uma enfermidade mental ou suspeita de enfermidade mental;

"Estabelecimento de Saúde Mental" significa qualquer estabelecimento, ou qualquer unidade de um estabelecimento que, como função primária, ofereça assistência em saúde mental;

"Profissional de Saúde Mental" significa um médico, psicólogo clínico, enfermeiro, assistente social ou outra pessoa adequadamente treinada e qualificada, com habilidades específicas relevantes para a assistência em saúde mental;

"Paciente" significa uma pessoa recebendo assistência em saúde mental, e inclui todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental;

"Representante pessoal" significa uma pessoa destacada por lei, com o dever de representar os interesses de um paciente em qualquer matéria especificada, ou de exercer direitos específicos em nome do paciente, incluindo os pais ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional;

"Corpo de revisão" significa o órgão estabelecido de acordo com o Princípio/ 17 para rever a admissão involuntária ou a retenção de um paciente em um estabelecimento de saúde mental.

CLÁUSULA GERAL DE LIMITAÇÃO

O exercício dos direitos expressos nestes Princípios poderá apenas estar sujeito as limitações prescritas por lei, e necessárias a proteção da saúde ou segurança da pessoa interessada ou de outras, ou ainda para proteger a segurança pública, a ordem, a saúde, a moral ou os direitos e liberdades fundamentais de outros.

PRINCÍPIO 1

LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BASICOS

1. Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível em saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais.
2. Todas as pessoas com enfermidade mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana.
3. Todas as pessoas com enfermidade mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de outro tipo, abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante.

4. Não haverá discriminação sob alegação de enfermidade mental.

"Discriminação" significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com enfermidade mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizadas de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa com enfermidade mental ou de outros indivíduos.

5. Toda pessoa com uma enfermidade mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, conforme reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/e por outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos da Pessoa Incapacitada, 98/e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/.

6. Qualquer decisão em que, em razão de enfermidade mental, a pessoa perca sua capacidade legal, e qualquer decisão em que, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha que ser designado, somente poderão ser tomadas após uma audiência equitativa a cargo de um tribunal independente e imparcial estabelecido por legislação nacional. A pessoa cuja capacidade esteja em pauta terá o direito de ser representada por um advogado. Se esta pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, não puder garantir por meios próprios seu representante legal, tal representação deverá estar disponível, sem pagamento, enquanto ela não puder dispor de meios para pagá-la. O advogado não deverá, no mesmo processo, representar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários, e não deverá representar um membro da família da pessoa cuja capacidade esteja em pauta, a menos que o tribunal esteja seguro de que não há conflito de interesses. As decisões com respeito à capacitação e à necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis, previstos pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra essas decisões.

7. Nos casos em que uma corre ou outro tribunal competente julgar que uma pessoa com enfermidade mental esteja incapacitada para gerir seus próprios assuntos, deverão tomar-se medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa, adequadas às suas condições e conforme suas necessidades.

PRINCÍPIO 2
PROTEÇÃO DE MENORES

Deverão tomar-se cuidados especiais, dentro dos propósitos destes Princípios e dentro do contexto das leis nacionais de proteção aos menores, que venham garantir seus direitos, incluindo, se necessário, a designação de outro representante pessoal que não seja um familiar.

PRINCÍPIO 3
VIDA EM COMUNIDADE

Toda pessoa com enfermidade mental deverá ter o direito de viver e trabalhar, tanto quanto possível, na comunidade.

PRINCÍPIO 4
DETERMINAÇÃO DE UMA ENFERMIDADE MENTAL

1. A determinação de que uma pessoa é portadora de uma enfermidade mental deverá ser feita de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente.
2. A determinação de uma enfermidade mental nunca deverá ser feita com base no status econômico, político ou social, ou na pertinência a um grupo cultural, racial ou religioso, ou em qualquer outra razão não diretamente relevante para o estado de saúde mental da pessoa.
3. Nunca serão fatores determinantes para o diagnóstico de enfermidade mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não-conformidade com valores morais, sociais, culturais ou políticos, ou com as crenças religiosas prevalentes na comunidade da pessoa.
4. Uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como paciente não deverão por si mesmas justificar qualquer determinação presente ou futura de enfermidade mental.
5. Nenhuma pessoa ou autoridade classificará uma pessoa como portadora, ou de outro modo indicam que uma pessoa tem uma enfermidade mental, fora dos propósitos diretamente relacionados à enfermidade mental ou suas conseqüências.

PRINCÍPIO 5

EXAME MÉDICO

Nenhuma pessoa será compelida a submeter-se a exame médico com o objetivo de determinar se tem ou não uma enfermidade mental, que não esteja de acordo com procedimentos autorizados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 6

CONFIDENCIALIDADE

Deverá respeitar-se o direito de todas as pessoas às quais se aplicam estes Princípios à confidencialidade das informações que lhes concernem.

PRINCÍPIO 7

O PAPEL DA COMUNIDADE E DA CULTURA

1. Todo paciente terá o direito de ser tratado e cuidado, tanto quanto possível, na comunidade onde vive.
2. Nos casos em que o tratamento for realizado em um estabelecimento de saúde mental, o paciente terá o direito, sempre que possível, de ser tratado próximo à sua residência ou à de seus parentes ou amigos e terá o direito de retornar à comunidade o mais breve possível.
3. Todo paciente terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.

PRINCÍPIO 8

PADRÃO DE ASSISTÊNCIA

1. Todo paciente terá o direito de receber cuidados de saúde e sociais de modo apropriado às suas necessidades de saúde, e terá direito ao cuidado e tratamento de acordo com os mesmos padrões dispensados a outras pessoas enfermas.
2. Todo paciente será protegido de danos, inclusive medicação não justificada, de abusos por parte de outros pacientes, equipe técnica, funcionários e outros, ou de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

PRINCÍPIO 9

TRATAMENTO

1. Todo paciente terá direito a ser tratado no ambiente menos restritivo possível, com o tratamento menos restritivo ou invasivo, apropriado às suas necessidades de saúde e à necessidade de proteger a segurança física de outros.
2. O tratamento e os cuidados a cada paciente serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com o paciente, revisto regularmente, modificado quando necessário e administrado por pessoal profissional qualificado.
3. A assistência à saúde mental será sempre oferecida de acordo com padrões éticos aplicáveis aos profissionais de saúde mental, inclusive padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Jamais se cometerá abusos com os conhecimentos e práticas de saúde mental.
4. O tratamento de cada paciente deverá estar direcionado no sentido de preservar e aumentar sua autonomia pessoal.

PRINCÍPIO 10

MEDICAÇÃO

1. A medicação deverá atingir da melhor maneira as necessidades de saúde do paciente, sendo administrada apenas com propósitos terapêuticos ou diagnósticos e nunca deverá ser administrada como punição ou para a conveniência de outros. Sujeitos às determinações do parágrafo /15 do Princípio /11, os profissionais de saúde mental deverão administrar somente as medicações de eficácia conhecida ou demonstrada.
2. Toda medicação deverá ser prescrita por um profissional de saúde mental autorizado pela legislação e ser registrada no prontuário do paciente.

PRINCÍPIO 11

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO

1. Nenhum tratamento será administrado a um paciente sem seu consentimento informado, exceto nas situações previstas nos parágrafos/ 6,7,8,13 e /15 abaixo.

2. Consentimento informado é o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou indução imprópria, após esclarecimento apropriado ao paciente com as informações adequadas e inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao paciente sobre:

- (a) A avaliação diagnóstica;
- (b) O propósito, método, duração estimada e benefício esperado do tratamento proposto;
- (c) Os modos alternativos de tratamento, inclusive aqueles menos invasivos; e
- (d) Possíveis dores ou desconfortos, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto.

3. O paciente pode requerer a presença de uma pessoa ou pessoas de sua escolha durante o procedimento de obtenção do consentimento.

4. O paciente tem o direito de recusar ou interromper um tratamento, exceto nos casos previstos nos parágrafos /6,7,8,13 e /15 abaixo. As conseqüências de recusar ou interromper o tratamento devem ser explicadas ao paciente.

5. O paciente nunca deverá ser convidado ou induzido a abrir mão do direito ao consentimento informado. Se o paciente quiser fazê-lo, deve-lhe ser explicado que o tratamento não poderá ser administrado sem o consentimento informado.

6. Excetuando-se os casos previstos nos parágrafos /7,8,12,13,14 e /15 abaixo, um plano de tratamento poderá ser administrado a um paciente sem seu consentimento informado, se as seguintes condições forem satisfeitas:

(a) O paciente for, no momento relevante, mantido como paciente involuntário;

(b) Uma autoridade independente, estando de posse de todas as informações relevantes, inclusive da informação especificada no parágrafo /2 acima, que esteja convencida de que, no momento relevante, o paciente está incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional assim determinar, que, considerando a segurança do próprio paciente ou a segurança de outros, o paciente tenha irracionalmente recusado tal consentimento; e

(c) A autoridade independente esteja convencida de que o plano de tratamento proposto atende ao maior interesse das necessidades de saúde do paciente.

7. O parágrafo /6 acima não se aplicará quando o paciente tiver um representante pessoal designado por lei para dar consentimento ao tratamento pelo paciente; mas, exceto nos casos previstos nos parágrafos /12,13,14 e /15 abaixo, o tratamento poderá ser administrado a tal paciente sem o seu consentimento informado se o representante pessoal, tendo recebido as informações descritas no parágrafo /2 acima, consinta, em nome do paciente.

8. Exceto nas situações previstas nos parágrafos / 12,13,14 e / 15 abaixo, o tratamento também poderá ser administrado a qualquer paciente sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei determine que é urgentemente necessário, a fim de evitar dano imediato ou iminente ao paciente ou a outras pessoas. Tal tratamento não será prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito.

9. Nos casos em que algum tratamento seja autorizado sem o consentimento informado do paciente, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano de tratamento.

10. Todos os tratamentos serão imediatamente registrados nos prontuários médicos dos pacientes, com a indicação de ter sido voluntário ou involuntário.

11. Não deverá ser empregada a restrição física ou o isolamento involuntário de um paciente, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir dano imediato ou iminente ao paciente e a outros. E também, não deverá ser prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os eventos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do paciente. O paciente que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante o representante pessoal do paciente deverá ser prontamente notificado.

12. A esterilização nunca deverá ser realizada como tratamento em caso de enfermidade mental.

13. Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa com enfermidade mental quando permitido por legislação nacional, quando se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do paciente e quando receber seu consentimento informado, salvo os casos em que o paciente esteja incapacitado para dar esse consentimento e o procedimento será autorizado somente após um exame independente.

14. A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para enfermidades mentais jamais serão realizados em um paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a legislação nacional permita sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro paciente quando este tiver dado seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo esteja convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do paciente.

15. Ensaio clínico e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer paciente sem seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experimental a um paciente que esteja capacitado a dar seu consentimento informado.

16. Nos casos especificados nos parágrafos /6,7,8,13,14 e /15 acima, o paciente, ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada, terá o direito de apelar a uma autoridade independente, judiciária ou outra, acerca de qualquer tratamento administrado ao paciente.

PRINCÍPIO12

INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS

1. O paciente em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais, na forma e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.

2. Caso o paciente esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e para a pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do paciente e dispostas a fazê-lo.

3. O paciente com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.

PRINCÍPIO 13

DIREITOS E CONDIÇÕES DE VIDA EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Todo paciente de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:

(a) Reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;

(b) Privacidade;

(c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar e receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, de outros visitantes; e liberdade de acesso a serviços postais e telefônicos, e a jornais, rádio e televisão;

(d) Liberdade de religião ou crença.

2. O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente:

(a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer;

(b) Instalações educacionais;

(c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação;

(d) Instalações, e estímulo para sua utilização, para o engajamento do paciente em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam a reintegração na comunidade.

3. Em nenhuma circunstância o paciente será submetido a trabalhos forçados. O paciente terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições da administração da instituição.

4. O trabalho de um paciente em estabelecimento de saúde mental não será objeto de exploração. Tais pacientes deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-paciente, de acordo com a legislação ou o costume nacional. Tais pacientes deverão em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação equitativa em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

PRINCÍPIO 14

RECURSOS DISPONÍVEIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular:

(a) Equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente e com espaço adequado para oferecer a cada paciente privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo;

(b) Equipamento diagnóstico e terapêutico;

(c) Assistência profissional apropriada; e

(d) Tratamento adequado, regular e compreensivo, incluindo fornecimento de medicação.

2. Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado por autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos pacientes, de acordo com estes Princípios.

PRINCÍPIO 15

PRINCÍPIOS PARA A ADMISSÃO

1. Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.

2. O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que em qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outra enfermidade qualquer.

3. Todo paciente que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para sua retenção como paciente involuntário, conforme o Princípio /16, devendo-se informar o paciente deste direito.

PRINCÍPIO 16

ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

1. Uma pessoa pode (a)/ ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental; ou (b)/ tendo sido admitida voluntariamente como paciente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio/4, que a pessoa tenha uma enfermidade mental e considerar:

(a) Que, devido à enfermidade mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato ou iminente a pessoa ou a outros;

(b) Que, no caso de uma pessoa cuja enfermidade mental seja severa e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente seria possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso referido no sub-parágrafo /b, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntárias não se darão, a menos que o segundo profissional concorde.

2. A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. Os motivos da admissão deverão ser comunicados prontamente ao paciente e a admissão e seu motivo também deverão ser comunicadas prontamente e em detalhes ao corpo de revisão, ao representante pessoal do paciente, se houver e, a menos que haja objeção do paciente, à sua família.

3. Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber pacientes admitidos involuntariamente se tiver sido designado para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 17

CORPO DE REVISÃO

1. O corpo de revisão deverá ser um corpo independente e imparcial, judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional e funcionar de acordo com procedimentos prescritos pela mesma. Deverá, ao formular suas decisões, ter a assistência de um ou mais profissionais de saúde mental qualificados e independentes e levar em consideração suas recomendações.

2. O primeiro exame do corpo de revisão, conforme requerido no parágrafo /2 do Princípio /16, a respeito de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário deverá ocorrer tão logo quanto possível após aquela decisão, e deverá ser conduzida de acordo com procedimentos simples e rápidos conforme especificado pela legislação nacional.
3. O corpo de revisão deverá rever periodicamente os casos de pacientes involuntários, a intervalos razoáveis, conforme especificado pela legislação nacional.
4. Um paciente involuntário poderá requisitar ao corpo de revisão, sua alta, ou a conversão de sua condição ao estado de paciente voluntário, a intervalos razoáveis prescritos pela legislação nacional.
5. Em tais revisões, o corpo de revisão deverá avaliar se o critério para admissão involuntária, expresso no parágrafo/1 do Princípio/16, ainda está satisfeito, e, se não estiver, o paciente sairá da condição de paciente involuntário.
6. Se, a qualquer momento, o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que as condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário não mais estão satisfeitas, deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário.
7. Um paciente ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada terá o direito de apelar a um tribunal superior contra a decisão de admitir ou reter o paciente em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 18

SALVAGUARDAS PROCESSUAIS

1. O paciente terá o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o paciente não puder garantir tais serviços, colocar-se-á um advogado a sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.
2. O paciente também terá direito, se necessário, aos serviços de um intérprete. Quando tais serviços forem necessários e o paciente não puder garanti-los, eles deverão estar disponíveis, sem pagamento, enquanto perdurar a carência dos meios de pagamento.
3. O paciente e seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis.

4. Cópias dos registros do paciente e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos ao paciente e a seu advogado, exceto em casos especiais onde esteja determinado que uma revelação específica ao paciente poderia causar dano grave à saúde do paciente ou por em risco a segurança de outros. Conforme prescrição da legislação nacional, qualquer documento não fornecido ao paciente deverá, quando isto puder ser feito em confiança fornecido ao seu representante pessoal e seu advogado. Quando qualquer parte de um documento for vedada ao paciente, o paciente ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para o mesmo, e o fato será sujeito à revisão judicial.
5. O paciente, seu representante pessoal e o advogado terão o direito de comparecer, de participar e de serem ouvidos em qualquer audiência.
6. Se o paciente ou seu representante pessoal ou advogado solicitarem a presença de uma determinada pessoa em uma audiência, essa pessoa será admitida, a menos que se considere que a presença da pessoa poderá causar dano sério à saúde do paciente ou colocar em risco a segurança de outros.
7. Qualquer decisão a respeito do caráter público ou privado de uma audiência ou parte dela, e da possibilidade de publicação de seus autos e relatórios, deverá levar em plena consideração o desejo do paciente, a necessidade de respeito à privacidade do paciente e de outras pessoas e a necessidade de evitar danos sérios à saúde do paciente ou colocar em risco a segurança de outros.

PRINCÍPIO 19

ACESSO À INFORMAÇÃO

1. O paciente (este termo, neste Princípio, inclui um ex-paciente) deverá ter direito de acesso a informação concernente a ele, à sua saúde e aos registros pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com o fim de evitar danos sérios à saúde do paciente e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao paciente deverão, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecidas ao representante pessoal e ao advogado do paciente. Quando qualquer informação for vedada ao paciente, o paciente ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para o mesmo, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial.
2. Qualquer comentário, feito por escrito, pelo paciente, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido no prontuário do paciente.

PRINCÍPIO 20

DOS INFRATORES DA LEI

1. Este Princípio se aplica a pessoas cumprindo sentenças de prisão por crimes, ou que estejam detidas no curso de investigações ou processos penais contra elas, e nas quais tenha sido determinada a presença de enfermidade mental, ou a possibilidade de sua existência.
2. Tais pacientes devem receber a melhor assistência à saúde mental disponível, como determinado no Princípio /1. Estes Princípios serão aplicados a elas na maior extensão possível, com modificações e exceções limitadas apenas por necessidades circunstanciais. Nenhuma dessas modificações e exceções deverá prejudicar os direitos da pessoa no que diz respeito aos instrumentos mencionados no parágrafo /5 do Princípio / 1.
3. A legislação nacional poderá autorizar um tribunal ou outra autoridade competente a determinar, baseando-se em opinião médica competente e independente, que tais pessoas sejam admitidas em um estabelecimento de saúde mental.
4. O tratamento de pessoas nas quais se tenha determinado a presença de enfermidade mental deverá, em todas as circunstâncias, ser consistente com o Princípio /11.

PRINCÍPIO 21

APELAÇÕES

Todo paciente ou ex-paciente terá o direito de fazer apelações durante o processo, conforme especificado pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 22

MONITORIZAÇÃO E RECURSOS DA APLICAÇÃO

Os Estados deverão assegurar que mecanismos adequados estejam em vigor para promover a aceitação destes Princípios, a inspeção de estabelecimentos de saúde mental, a apreciação, investigação e resolução de apelações, e para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados para casos de má conduta profissional ou violação dos direitos de um paciente.

PRINCÍPIO 23

IMPLEMENTAÇÃO

1. Os Estados devem implementar estes Princípios por meio de medidas legislativas, judiciais, administrativas, educacionais e outras, pertinentes, que deverão ser revistas periodicamente.
2. Os Estados devem tornar estes Princípios amplamente conhecidos, por meios apropriados e dinâmicos

PRINCÍPIO 24

ALCANCE DOS PRINCÍPIOS RELACIONADOS AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

Estes Princípios se aplicam a todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 25

PROTEÇÃO DOS DIREITOS EXISTENTES

Não haverá restrição ou diminuição de qualquer dos já existentes direitos dos pacientes, incluindo direitos reconhecidos em legislação internacional ou nacional aplicável, sob o pretexto de que estes Princípios não os reconhecem ou que os reconhecem parcialmente.

Coordenação do trabalho de tradução e versão em Português:

Dr. Messias Liguori Padrão

1a. Tradução: Dr. Sylvio Giordano Jr.

2a. Tradução: Dr. Messias Liguori Padrão.

Versão em Português comparada com a versão preliminar de 05/02/91, em

Espanhol: Dr. Messias Liguori Padrão

Revisão Gramatical: Dr. Nelson Bedin

Revisão da terminologia jurídica: Dr. José Damião Lima Trindade

Digitação: Dr. Sylvio Giordano Jr e Edna Miyuki Hirano

Diagramação Final: Edna Miyuki Hirano

Colaboração: F Y T Computer Software

Divulgação e Contatos:

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Av. Brig. Luis Antonio, 4805 Tel.: (011)885-8400 – São Paulo – SP

A CIDADANIA DOS DOENTES MENTAIS NO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

Ana Maria Fernandes Pitta ⁽¹⁾
Sueli Gandolfi Dallari ⁽²⁾

"aos iguais temos que tratá-los igualmente, aos desiguais em função das desigualdades relevantes"

Aristóteles, Princípios Fundamentais.

A PROBLEMÁTICA ATUAL

Pesquisas nacionais têm estimado a prevalência de transtornos mentais em cidades brasileiras oscilando de 17 a 20% (Tacredi, 1975; Santana, 1977; Mari, 1991). Da população que busca cuidados primários de saúde 52% das mulheres e 45% dos homens apresentam distúrbios psiquiátricos menores (Mari, 1986); 21 a 26% de escolares de sete capitais de estados brasileiros já fizeram uso de droga (Carlini, 1987) e, num último levantamento do IBGE, utilizando questionário específicos, 28% de brasileiros usam álcool em demasia ^{1,2,3,4}.

Se os critérios epidemiológicos devem ser os que presidem e respaldam decisões político-técnicas para o setor, de pronto deve-se observar que não será apenas com uma rede especializada em

cuidados mentais que será possível enfrentar tal dimensão epidemiológica. A **integralidade** das ações, assistindo adequadamente corpo e vida psicossocial, deverá estar sendo perseguida na totalidade dos espaços assistenciais, respeitando critérios de acessibilidade, complexidade pertinente, efetividade, eficácia, obedecendo a uma plasticidade de serviços para fazer face à diversidade da demanda.

Existe entretanto uma especificidade **psi** que necessita ser revolucionada. A hegemonia das estratégias manicomiais de cuidados, além do atraso técnico-científico que encerra, tem sido intensamente questionada nos seus aspectos éticos, jurídicos, econômicos, políticos e sociais. Numa sociedade de cidadãos, com tão elevada prevalência de sintomas e doenças, os dispositivos de cuidados têm de ser plurais, hiperu-

(1) Professora Assistente-Doutor do Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; membro da Diretoria do Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário.

(2) Professora Assistente-Doutor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Coordenadora Científica do Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário.

tilizáveis, de portas abertas, capazes de acolher, trabalhar e desenvolver demandas que produzam sofrimento em indivíduos, grupos ou populações.

Num confronto entre o modelo assistencial de atenção à Saúde Mental no país e as expectativas epidemiológicas de distúrbios mentais na população, demonstra que *uma política de extinção progressiva dos manicômios com a sua substituição por alternativas assistenciais*⁵ mais adequada ao perfil epidemiológico da população se impõe. Assim, cumpre questionar que dispositivos de cuidados seriam os mais úteis para enfrentar os problemas apresentados pelos cerca de 20% de portadores de distúrbios mentais numa dada população, distribuídos em 14% de neuróticos, 3,5% de alcoólicos, 1% de psicóticos, 1% de oligofrênicos e 0,5% de doenças organocerebrais (Santana, 1977)⁶.

Como outros problemas de saúde as pessoas transitam em níveis de saúde e doença que as fazem ter necessidades diferentes de cuidados, na dependência de onde e como se encontra. Queremos enfatizar que as pessoas **estão** psicóticas, deprimidas, alcoolizadas e não **são** psicóticas, deprimidas e alcoolizadas permanentemente em crise, que justifique intervenções intensas e totais. Existe toda uma graduação de intensidade de sintomas que fala muito mais a favor de uma rede diversificada de ações que vá desde a atenção integral nas unidades de saúde por profissionais generalistas com práticas de boa qualidade, passando pelo trabalho de especialistas em unidades básicas de referência, ambulatórios de especialidades, centros de atenção psicossocial com seus cuidados intensivos tipo hospital-dia, ao nível ambulatorial; unidades psiquiátricas em hospitais gerais com serviços de urgência, enfermarias, hospital-dia; instituições especializadas em deficiências profundas e quadros organocerebrais que constituem um pequeno percentual de patologias e que necessitam um cuidado hospitalar de grande maternalidade, ou seja, de atenção personalizada e intensiva.

Teríamos portanto uma rede de serviços preferencialmente externos, comunitários, discriminados no território e uma retaguarda hospitalar pequena, restrita a situações onde a permanência

na vida em sociedade possa ser considerada contraproducente quer em momentos de crise (por curta duração), quer em situações de profunda dependência física e/ou mental (que tende a se reduzir em sociedades que ofereçam melhores condições de assistência pré e pós-parto, bom acompanhamento geriátrico, etc).

Sabemos entretanto que a interação do indivíduo com o seu meio, as crises institucionais, familiares, sociais, laborais que a sociedade atravessa e que repercutem ou mesmo produzem desarranjos mentais nos indivíduos, têm no sistema sanitário um poderoso aliado, porém não o único. Os aportes socioculturais capazes de amparar e criar pos-

"Os diferentes, os bizarros, os estranhos devem ter seus direitos fundamentais garantidos"

sibilidades da convivência e participação na vida civil dos habituais usuários da instituição psiquiátrica, poderiam proporcionar melhores aportes de como equacionar a perda de chances de sobre-vida subsequente ao adoecimento ou a marginalidade que dele decorre.

Necessita-se, portanto, desenvolver interfaces entre saúde e sociedade estabelecendo trocas criativas e suficientemente amplas, capazes de perverter a lógica da exclusão. Os centros de convivência, as moradias protegidas, as cooperativas de trabalho que impliquem na constituição de empresas sociais que garantam trabalho e remuneração como elementos integradores e organizadores dos sujeitos na vida societária serão auxiliares primordiais para que se busque a equidade nas estruturas assistenciais disponíveis.

UM MERGULHO NA HISTÓRIA

Nem sempre os desarranjos mentais dos homens foram tidos como doenças. Ora vista como manifestação dos deuses, ora vista como possessão demoníaca, a loucura, esta antiga contradição

humana, só ganhou estatuto de doença, e, como conseqüência, uma disciplina para seu estudo e tratamento – a psiquiatria – no final do século XVIII, com a Revolução Burguesa de 1789, quando ganha corpo como um problema social nas cidades. Paris, por exemplo, com os seus 660 mil habitantes à época, possuía 20.000 hospitalizados, dos quais 12.000 no Hospital Geral, 3.000 nos Inválidos, 2.500 no Hôtel Dieu e o resto em pequenas fundações onde se guardavam fundamentalmente os pobres – loucos, vagabundos e alguns doentes. Toda a França tinha 100.000 internados e os hospitais – àquela época com suas características de promiscuidade, disciplina interna e poder discricionário dos administradores – não podiam ser considerados lugares de tratamento mas casas de seqüestro e brutalidades, onde aos loucos pobres ainda se acrescentavam os grilhões nos tornozelos para prevenir as desordens.

É nessa situação humana deplorável que os novos dispositivos jurídicos institucionais burgueses, calcados na *Liberdade, Igualdade e Fraternidade* abolem as *Lettres de cachet*⁷ para logo a seguir instituir a *Nova Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão* que estabelece a *assistência pública como uma dívida sagrada, cabendo à lei determinar sua natureza e aplicação*⁸. No mesmo ano (1793), Pinel é nomeado para a enfermaria Bicêtre, separando loucos de não loucos nas demais casas de correção, colocando-os num mesmo lugar para cuidá-los. O princípio de **Igualdade** estava assim contemplado tratando-se os desarranjados de igual modo.

A rigor, pouco se sabia de como lidar com a dor mental, e a medicina com suas concepções mecanicistas anatomofisiológicas de então, não tinha nenhum preparo para lidar com tão complexa tarefa. A ambição política da psiquiatria de cuidar da loucura esteve sempre acompanhada de uma fraqueza dos meios técnicos para tal fim.

Pioneira, a tecnologia pineliana centrava-se em três princípios que, precisos para a higiene social da época sempre deu margem a críticas técnicas e humanistas desde sempre. O primeiro princípio preconizava *isolar o louco do mundo exterior* rompendo com esse foco permanente de influências incontroladas que é a vida social. O segundo

propugnava a *ordem asilar*, com lugares rigorosamente determinados, sem possibilidades de transgressão, e o terceiro, *uma relação de autoridade* entre o médico com seus auxiliares e o doente a ser *tratado*. Estes são os pilares básicos de um alienismo que trata *igual e moralmente* seus usuários. É preciso portanto, para esses enfermos, estabelecimentos públicos e privados submetidos a regras invariáveis de polícia interior. Estava portanto instituída a escolha manicômio/hospitalar para o tratamento mental.

Apesar dos esforços de cientificização das práticas, a verdade é que muito se matava em nome da nova ciência. Por exemplo, os 12.000 usuários imediatamente identificados e localizados nas enfermarias Bicêtre e Salpêtrière, após um ano de *tratamentos* 5.000 saíram, 4.500 morreram e os demais já permaneceram. (Castel)¹⁰

Embora o desenvolvimento da Ciência e da técnica tenham caminhado lentamente, dependendo de guerras e conjunturas que melhor as favoreciam ou as dificultavam, o conhecimento trazido por Freud – no final o século XIX – interrogando os sintomas e buscando entender significados inconscientes para determinadas manifestações humanas sem sentido, reconstituindo determinantes históricos, através da repetição e da transferência, produziu uma guinada importante na história dos tratamentos. Mais tarde, já durante a Segunda Grande Guerra, a descoberta da psicofarmacoterapia e a sua difusão tornou a necessidade de longas permanências nos asilos uma questão de polícia e de política e não uma questão técnica. Isto porque, diferentes de outras especialidades, não existe tratamento psiquiátrico que tecnicamente não possa acontecer em regime ambulatorial. Mais recentemente, as contribuições das escolas sociogênicas – com Caplan, Zasz, Bateson, etc. – e psicossociopolíticas – com Basaglia, Guatari e outros – minimizam aspectos da constituição individual dos sujeitos, valorizando a determinação social das doenças e dos tratamentos.

A EQÜIDADE, A NOVA UTOPIA

Paralelamente ao desenvolvimento científico e tecnológico e, quiçá, deter-

minando-o, importantes avanços sociais fizeram que se buscasse alcançar, enquanto cidadãos, a totalidade dos indivíduos de uma sociedade. A cidadania não é mais um atributo dos iguais dos normais, dos que podem decidir de forma convencional. Os diferentes, os bizarros, os estranhos devem ter seus direitos fundamentais garantidos. A **eqüidade**, ou seja, a disposição de atender igualmente aos direitos de cada um, passa a ser a utopia perseguida. Substitui-se a homogeneidade, a pasteurização dos sujeitos pelo reconhecimento das suas singularidades. A estes mesmos sujeitos, para serem democraticamente atendidos, impõe-se um *primeiro desafio* de natureza *ético-ins-*

"Investir as pessoas de poder político, isto é, torná-las cidadãs, envolve um processo de mudança cultural, onde deve ocorrer tanto a ampliação quanto a conquista de direito, jamais sua perda"

titucional. Para uma ordem social onde se considere o desejo, as necessidades e a expressão de todos e de cada um, simultaneamente, são necessários novos tratados e códigos que espelhem as novas relações sociais e institucionais. Ora, sendo a *instituição um processo simbólico que define o quadro normativo a partir do qual as pessoas agem, quando não se há mais crença neste cerne referencial – quer dizer, quando os acordos não são cumpridos, as regras são desrespeitadas, as promessas não são mantidas, então a instituição perde o seu sentido, passa a ser um mero regulamento burocrático, simples protocolo ou espaços arquitetônicos vazios. A crise institucional situa-se sobretudo em relação às normas que regem o comportamento coletivo, porque as pessoas desacreditam na existência das leis que ficam sendo sinônimo de injustiça para os desamparados e de favorecimento para os que detêm qual-*

quer forma de poder (Freire Costa)¹¹. Resta para os trabalhadores de saúde, autoridades sanitárias, consumidores das instituições de saúde, cidadãos enfim, o desafio de ser verdadeiramente eqüitativo.

RUMO À CIDADANIA

Cidadão é *aquele que tem uma parte legal na autoridade deliberativa e na autoridade judiciária da cidade*¹². Assim, todos os que não participam das decisões que regem a vida social, seja conformando-a (fazendo suas leis), seja materializando-a (executando suas leis), não são cidadãos.

Investir as pessoas de poder político, isto é, torná-las cidadãs, envolve um processo de mudança cultural, onde deve ocorrer tanto a ampliação quanto a conquista de direito, jamais sua perda. Ora, ao maior número de direitos reconhecidos individualmente a cada pessoa corresponde o aumento da possibilidade de conflitos relacionados aos direitos deferidos à sociedade. A conclusão – inevitável – para o liberalismo, é de que a conquista da cidadania é potencialmente belicosa em virtude da necessidade de harmonizar os direitos individuais entre si e compatibilizá-los aos sociais.

É oportuno lembrar a origem liberal das instituições contemporâneas para compreender o direito vigente. Busca-se reformar o Estado para que ele possa responder à realidade, que evidencia a complementariedade dos direitos. De fato, qual é a vantagem pessoal da liberdade de imprensa para o analfabeto? A legislação, cujo objeto é a doença mental, testemunha, exemplarmente, a situação atual.

A saúde pública foi sempre reconhecida como função do Estado de Direito, originado das Revoluções Burguesas. Era preciso equilibrar, ainda que se reconhecesse a precariedade da conquista, a liberdade individual e a igualdade social. Admite-se, portanto, a legitimidade da ação estatal para proteger a sociedade mesmo quando sua atuação restringe o direito individual. É o Poder de Polícia do Estado que, na versão liberal, é a faculdade de impor limites e restrições aos direitos individuais, com a finalidade de salvaguardar

a segurança, a saúde e a moralidade públicas contra os ataques e perigos que poderiam ofendê-las¹³

A organização do proletariado revelou a insuficiência da atuação limitadora do Estado exigindo-lhe participação ativa na vida social. A saúde não seria direito de todos sem a prestação de serviços públicos, oferecidos diretamente a quem deles necessitasse. Configura-se, então, nova função estatal: a obrigação de cuidar daqueles que não são capazes de fazê-lo por si próprios, fundada, conforme doutrina tradicional, no Poder de Polícia especial, enquanto *parens patriae*, do Estado¹⁴.

A legislação psiquiátrica freqüentemente tem por objeto não apenas a doença mental mas, também, a deficiência¹⁵. Assim, nela se pré-figura atuação estatal como *pai da pátria* para cuidar daqueles que não são capazes de se proteger, se e enquanto não superarem tal limitação. Do mesmo modo e com a mesma fundamentação para a atividade do Estado, essa legislação cuida do tratamento da doença mental. É, portanto, dever da sociedade política juridicamente organizada garantir a saúde de seus membros, usando seu poder de administrar o patrimônio coletivo. Também é objeto da legislação psiquiátrica a periculosidade que ameaça a segurança pública. Nesse caso, a ação estatal se justifica em outra função tradicional do Poder de Polícia; a salvaguarda da segurança.

O dever de adaptação à realidade faz com que a legislação psiquiátrica liste os direitos dos indivíduos submetidos à atuação do Estado. Procura-se regular, assim, a conquista daquele equilíbrio instável: liberdade e igualdade. Documentos legislativos de diversas nacionalidades e vários diplomas internacionais estabelecem os direitos específicos dos doentes mentais¹⁶. Desses, são dignos de destaque o direito ao tratamento, o direito de não se submeter ao tratamento, o direito de preservar sua capacidade civil, o direito de ser ouvido e o direito ao segredo médico.

O direito ao tratamento, previsto no segundo artigo da **Declaração dos Direitos dos Deficientes Mentais**, é acolhido nas legislações nacionais, em geral, sem muita divergência. O mesmo não acontece com o direito de recusar o tratamento. Pelo contrário, as normas

jurídicas, nacionais e internacionais, abrigam o instituto da internação forçada, afirmando, entretanto, que ela será de difícil obtenção, justificada sempre pela necessidade. A experiência do **Conselho da Europa** é muito interessante nesse ponto; sua **Comissão de Cooperação Jurídica** afirmou o princípio de que o *único critério para a internação obrigatória deveria ser o caráter perigoso do doente para si ou para os outros*¹⁷ ao mesmo tempo em que ouvia o testemunho de um professor qualificando de *monstruosa*, em certos casos (a depressão melancólica, por exemplo), a renúncia à hospitalização por oposição do doente¹⁸. São dignas de nota as disposições legais dos

"A cidadania é, entretanto, um direito a ser diariamente conquistado e o poder local é a única arena onde tal conquista pode ser efetivada"

estados do Havá (1984), Massachussets (1981), e Wisconsin (1985), nos Estados Unidos da América, afirmando a necessidade de negar o direito de recusa, independentemente do tipo de tratamento que foi proposto, caso o tribunal competente julgue a necessidade de tratamento urgente. Pode-se, porém generalizar a preferência legislativa pela possibilidade de recusar determinado tipo de tratamento, garantindo-se inclusive, a representação ou assistência do curador ou tutor sempre que as condições do doente a recomende.

O simples fato do diagnóstico de doença mental ou da internação em clínica psiquiátrica não deve implicar a perda da capacidade civil. Existe um consenso legislativo internacional quanto ao direito a ter direitos do doente mental. Assim, toda limitação ao exercício de direitos civis e políticos deve ser justificada pelo estado do doente, por tempo limitado e efetivamente controlada. A Recomendação 818, do **Conselho da Europa** (1977) sugere

algumas formas de controle que podem ajudar a garantir que a preservação de direitos seja realidade para o doente mental; a criação de comissões ou tribunais independentes encarregados de proteger os pacientes e evitar adoção de decisões judiciais baseadas unicamente nos relatórios médicos. A legitimação de tais mecanismos de controle deve conduzir à declaração de incapacidade que considere o caso concreto e que tenha a menor restrição possível.

Em razão da experiência acumulada na proteção das pessoas privadas da liberdade, prevista nas Declarações de Direitos contemporâneas, tem sido efetivada a garantia do direito de ser ouvido, para o doente mental. A Europa regida pela Convenção Européia de Direitos do Homem, apresenta já jurisprudência firmada no sentido de condenar aqueles Estados que não garantem a legalidade no procedimento de detenção do doente mental, especialmente no que respeita à garantia de acesso aos tribunais e do direito de ser ouvido, pessoalmente ou por representante, quando necessário¹⁹. Esse mesmo direito é forma de controle da duração adequada da internação, uma vez que os tribunais devem estabelecer tal duração.

O direito ao segredo médico garantido ao doente mental pelas legislações hodiernas, deriva do juramento de Hipócrates. Note-se, também, que por representar um estigma social, a doença mental deve ser especialmente protegida pelo segredo contra terceiros. As exceções a esse princípio devem ser cuidadosamente previstas em lei.

A compreensão do papel normatizador do Estado no que respeita à doença ou deficiência mental, sugere que o almejado equilíbrio entre as limitações e direito individual em nome da igualdade social, que justifica também a prestação de serviços públicos aos que desnecessitam, só pode ser alcançado quando se privilegia a comunidade como o local, por excelência, do exercício da cidadania. De fato, é a pra que caracteriza a cidade, lugar onde são tomadas as decisões políticas²⁰. Assim a conquista da cidadania deve oca na *pólis* o que implica, no caso da saúde mental, que toda a assistência (ao deficiente ou ao doente) seja prestada ou a participação e controle da comunidade local e que qualquer medida de

gurança seja decidida por essa mesma comunidade.

No Brasil, o poder local é constitucionalmente autônomo desde a República. O Município, *a cidade como grupo humano dotado de aptidão para atuar dentro dos limites da ordem jurídica*²¹, brasileiro teve origem esdrúxula, nasceu junto com a cidade no período colonial. Entretanto, ele cresceu com autonomia, sendo emblemática a promulgação da primeira Constituição do Brasil, após a manifestação favorável de algumas Câmaras Municipais. E o reconhecimento formal da autonomia municipal não garantiu vida autônoma ao Município brasileiro, que sofreu, em um século de experiência republicana, variações cíclicas. Sem qualquer dúvida, porém, nunca se deixou de reconhecer a competência normativa municipal e existe a possibilidade de, por meio da participação popular no poder local, se recuperar o caráter político da cidade.

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, garantindo a autonomia do Município, sinaliza o caminho para a conquista da cidadania também para os deficientes ou doentes mentais. Assim, ao declarar o direito à assistência social, prestada a quem dela necessitar, com o objetivo de habilitar e reabilitar as pessoas portadoras de deficiência e promover sua integração à vida comunitária, afirma que as ações governamentais nessa área serão organizadas tendo como diretriz a *participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis*. (Constituição Federal art. 203 e 204). Também os serviços de atendimento à saúde da população devem ser prestados pelo Município, cujo planejamento exige a cooperação das associações representativas (C.F. art. 29 e 30). E a proteção do patrimônio público e social e dos interesses difusos e coletivos, que pode justificar a limitação de direitos individuais, é função institucional do Ministério Público (C.F. art. 129, III). Assim, qualquer ação que restrinja o direito das pessoas com base no interesse social deve, necessariamente, ser do conhecimento do Promotor de Justiça que promoverá o inquérito civil e a ação civil pública.

O caminho constitucional para que os brasileiros com problemas mentais sejam também reconhecidos como cidadãos está dado. A cidadania é, entretanto, um direito a ser diariamente conquistado e o poder local é a única arena onde tal conquista pode ser efetivada.

NOTAS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TANCREDI, F.B. **Proposta de Saúde do Governo Montoro**, 1982, folheto.
2. SANTANA, V.S. **Prevalência de Transtornos Mentais em área urbana de Salvador – BA**. Dissertação de Mestrado – FAMED, UFBa, 1977.
3. MARI, J.J. Estudo de prevalência de distúrbios mentais na Cidade de São Paulo. (Estudo Multicêntrico M.S./EPM, mimeo) e Prevalência de problemas psiquiátricos menores em usuários de serviços de atenção primária no município de São Paulo. Tese de doutoramento em Psiquiatria, London School of Hygiene, 1986.
4. CARLINI-COTRIM, B. Dados sobre o consumo de drogas por adolescentes no Brasil. Revista ABP-APAL, SP: 1987, 9:99-102.
5. Disposição inicial do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, em tramitação no Senado Federal.
6. SANTANA, V.S. op. cit. p. 89.
7. Que era o suporte legal de seqüestro de loucos e vagabundos nos antigos hospitais, em nome do rei.
8. Um fato curioso é que o "Relatório de Delecluy" sobre a organização da assistência pública deste mesmo ano (1793) já coloca o princípio da privatização e da municipalização como saída para a administração do caos reinante. Ver em CASTEL, R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1976, p. 216.
9. PINEL, PH. *Traité medico – philosophique sur l'alienation mentale*. 2. ed., Paris, 1809.
10. CASTEL, R. op. cit. p.56-58.
11. FREIRE COSTA, J. Entrevista. Revista CRP-6, São Paulo, Jul. 1991.
12. Cf. Aristóteles. A Política. Livro III, cap. 1, paragr. 8.
13. TÁCITO, C. *Direito Administrativo*. São Paulo: Saraiva, 1975.
14. GRAD, F.P. *The public health law manual*. 2 nd. ed. Washington, American Public Health Association, 1990.
15. VVAA. *Reestructuración de la atención psiquiátrica en America Latina*. OPS. Documento básico de trabajo. Caracas, 1990.
16. Apenas exemplificativamente veja-se: Declaração da Assembléia Geral das Nações Unidas, de 20 de dezembro de 1971, sobre as pessoas deficientes mentais. Declaração da Assembléia Geral da Associação Mundial de Psiquiatria, de 1977, sobre as implicações éticas específicas da

psiquiatria. Convenção Européia de Direitos do Homem. Recomendação 818 (1977) da Assembléia parlamentar do Conselho da Europa, relativa à situação dos doentes mentais.

17. apud TORRELI, M. **Le médecin et les droits de l'homme**. Paris: Berger-Levrault, 1983. p. 157.
18. Conselho da Europa, doc. 4014, p. 9-10.
19. Por desobediência ao art. 5o., paragr. 4, da Convenção Européia de Direitos do Homem, a Corte Européia já condenou a Holanda (1979), a Iugoslávia (1981), a Bélgica e a Itália (1984).
20. No dizer de Ortega y Gasset: **A urbe clássica não deveria ter casas, apenas as fachadas que formam a praça, cenário artificial que o animal político constrói sobre o espaço agrícola**. (Obras completas, II, p. 408).
21. Cf. PIMENTA, Eurípedes. **O município brasileiro: evolução e crise**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, 1978, p.29.

SAÚDE MENTAL E CIDADANIA

Necessidade de Uma Nova Legislação

Pronunciamento do Dr. Salomão Rodrigues Filho no Seminário ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO BRASIL, promovido pela Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, realizado dia 05 de junho de 1.991.

O decreto n 24.559 de 1934 que dispõe "Sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas" é a legislação que temos em vigor sobre o assunto. Tal decreto é anterior ao surgimento dos psicofármacos, que determinaram uma verdadeira revolução na Assistência ao doente mental. Nestes quase 60 anos, além dos avanços da Psiquiatria, a organização jurídica, política e social do Brasil modificou-se profundamente. Fica claro que necessitamos de uma nova legislação.

A motivação deste seminário é a tramitação nesta casa do Projeto n 8, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT-MG), que passamos a analisar.

O Projeto que propõe "a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais" e a regulamentação da "internação psiquiátrica compulsória" aborda questões complexas por suas interfaces culturais, filosóficas e ideológicas. Assim, em que pese o aparente "avanço" e a propalada generosidade humanística da proposta, é necessário analisá-la sob critérios científicos, respaldados no saber médico psiquiátrico já produzido, assim como nas informações e dados da realidade da as-

sistência psiquiátrica em nosso país. Tal reflexão exige um esforço de distanciamento e isenção que não pode se limitar ao debate em torno da única vertente que inspira a concepção do Projeto, a político-ideológica, ligada ao que se chamou antipsiquiatria e que se constituiu numa importante manifestação da contra-cultura ' dos anos 60 e 70.

Em primeiro lugar, registre-se o fato de que a ementa, que deve conter o objetivo da lei, não dispõe sobre a assistência ao doente mental e sim sobre a extinção dos manicômios, evidenciando, assim, que sua preocupação principal não é o doente mental e sim o desmantelamento das instituições existentes para assistí-lo.

Não será a extinção pura e simples dos Hospitais Psiquiátricos que preencherá a omissão de nossa política de saúde e a desatualização de nossa legislação a respeito do doente mental. Usando uma similaridade comparativa, dir-se-ia que o projeto equivale a uma medida que fechasse as escolas para resolver o problema do analfabetismo e da educação.

Diferentemente da nomenclatura adotada na ementa, o Art. 1º do projeto menciona "hospitais psiquiátricos", atribuindo à expressão o mesmo significado do vocábulo "manicômio". Não se trata de uma simples alternância semântica. É evidente a intenção de fazer acreditar que os hospitais psiquiátricos terapêuticos e os manicômios, instituições ligadas a justiça ou asilares, são uma única e mesma coisa.

Ainda a propósito do Art. 1º, registre-se que a proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e da contratação de leitos psiquiátricos junto ao setor privado é ampla e radical e não leva em conta a existência de excesso ou de insuficiência ou até da inexistência de leitos psiquiátricos necessários à assistência em determinada região, por exemplo nos novos estados. Colide, portanto, com o Art. 196 da Constituição Federal e com o Art. 2º da Lei Orgânica da Saúde.

O Art. 2º, "caput" e parágrafos, trata da operacionalização da extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por recursos extra-hospitalares, os quais denomina "não manicomial", provavelmente para semear a idéia de oposição de tais recursos ao hospital.

Os recursos extra-hospitalares e o hospital psiquiátrico não competem entre si. Eles se complementam.

A natureza da assistência, hospitalar ou extra-hospitalar, será determinada pelo médico psiquiatra, único profissional qualificado para tal, levando em conta, principalmente, a natureza da moléstia e seu estágio de agravamento.

Em qualquer proposta de reformulação realista da assistência à saúde mental em nosso país, um sistema de apoio extra-hospitalar deverá estar ligado operacionalmente ao hospital, e não colocado como sistema excludente, conforme propõe o projeto em análise.

Destaque-se que, no "caput" do Art. 2º, ao nomear os recursos extra-hospitalares, o autor, estranhamente, não cita o principal deles: o ambulatório psiquiátrico.

Entendemos que a assistência psiquiátrica extra-hospitalar no Brasil necessita crescer em quantidade e qualidade. É necessário estimular este crescimento tanto no setor público como no privado. Não é aceitável, contudo, que a assistência extra-hospitalar venha substituir a assistência hospitalar pois tal aceitação significaria ignorar a natureza de determinadas doenças e distúrbios mentais em que os pacientes necessitam de internação para receber um tratamento de assegurado efeito antipsicótico.

Alertamos para o fato de que outras formas de atendimento complementam, mas não excluem a assistência hospitalar, citando, a propósito, o Prof. H. Häfner, Titular de Psiquiatria na Universidade de Heidelberg, a maior autoridade mundial em epidemiologia psiquiátrica, para quem o hospital psiquiátrico moderno proporciona a recuperação de psicóticos graves que deverão ter uma sustentação terapêutica nos serviços extra-hospitalares. Diante do que conclui-se que a desativação dos leitos psiquiátricos é uma insensatez que determinará a condenação dos doentes mentais à indigência nas ruas, reforçando a mendicância e aumentando a população carcerária.

O Art. 3º, "caput" e parágrafos, trata da internação psiquiátrica compulsória e da intervenção da autoridade judiciária, caracterizando "internação psiquiátrica compulsória" como

aquela realizada sem o expreso desejo do paciente. A preocupação do autor em atribuir a essas internações conotações "anônimas, silenciosas, noturnas, violentas", necessitadas, portanto, da tutela judicial o faz descurar-se de alguns aspectos absolutamente imprescindíveis na compreensão de sua natureza, pois tais aspectos conduzem à constatação da inevitabilidade da existência dos hospitais psiquiátricos.

O hospital de Psiquiatria existirá como uma exigência de ordem médica e social enquanto a ciência não dispuser de meios de atalhar a eclosão da doença mental.

A hospitalização se impõe quando o quadro clínico implica em perigo para o paciente ou para os demais, ou porque seu estado mental exige condições de observação e tratamento, e esta decisão deve ser tomada caso a caso pelo médico psiquiatra.

Registre-se que convicções que rejeitam a psiquiatria médica em favor de uma concepção fortemente influenciada pela antipsiquiatria, transparecem na afirmação de que o ato médico do psiquiatra decorre de seu "poder de seqüestro" (a palavra seqüestro foi empregada com esse fim 3 vezes na "justificação" e 1 vez no próprio texto do Projeto). Isto agride o saber e a honra dos psiquiatras brasileiros, pois, na verdade, o ato psiquiátrico não se distingue dos demais procedimentos médicos e seus objetivos são também comuns: diagnóstico, tratamento e reinserção social de pacientes, sempre que possível.

O autor inicia sua justificação afirmando que "o hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer".

Indagamos: Demonstrou a quem? Quando e onde na literatura tecnocientífica internacional foram publicados estudos ou pesquisas que levam à afirmação de que "o hospital psiquiátrico já demonstrou ser recurso inadequado"?

Reconhecemos que a assistência médico-hospitalar psiquiátrica integrante do SUS (pública e privada contratada), assim como a de todas as outras especialidades, está caótica e necessita urgentemente de melhorar seu padrão técnico.

Ainda no mesmo parágrafo, cita o autor a principal fonte de inspiração de seu projeto, a reforma realizada, na Itália, pela lei 180 de 1979 proposta por Franco Basaglia e centrada na negação da doença mental e do hospital psiquiátrico. A experiência, mencionada como sucesso absoluto, quando na verdade, ainda não recebeu uma avaliação definitiva, tem enfrentado grande resistência por parte da sociedade italiana, como atestam numerosos artigos de jornais e de revistas especializadas e esbarrado na insuficiência infraestrutural, conforme registro das avaliações parciais já promovidas pelo Governo Italiano.

Passados cerca de doze anos da aprovação da Lei

180, o Ministério da Saúde italiano patrocinou uma pesquisa nacional publicada no documento "I1 Dopo 180: primo bilancio di una riforma" que constata a falência de toda uma estrutura extra-hospitalar, a existência de pelo menos 103 asilos anteriores à Reforma, hoje abrigando doentes crônicos, e a inexistência de um efetivo sistema de assistência familiar.

Nardo, psiquiatra de Rovigo, que foi na implantação um entusiasta da Lei Basaglia, compara-a agora a um vaso de Pandora psiquiátrico, de onde saíram todos os males da assistência à saúde mental italiana atual.

Diz ele textualmente – "Entre os anos de 1974 a 1977 as páginas dos jornais e das revistas estavam cheias de artigos que ilustravam detalhadamente fatos de maus tratos, de ferocidade, de injustiças, mais ou menos manifestos, que ocorriam dentro das portas fechadas dos manicômios. Nas demais páginas estavam os debates que sustentavam a necessidade improrrogável de uma reforma da lei que regulamentava a atividade psiquiátrica.

De 1982 até agora, ao contrário os mesmos jornais e revistas trazem, do mesmo modo, artigos apaixonados, elucidativos, alarmados, escandalizados, mas no sentido oposto: invocam a necessidade da reabertura dos manicômios, do retorno aos antigos métodos de tratamento, da necessidade da não permanência nas ruas e no contexto da sociedade civil em geral, do "louco", reinventado, perigosamente imprevisível, sujo, deturpante e perturbante".

"O que teria ocorrido neste breve espaço de 10

anos para justificar uma tal mudança radical na opinião pública?... Por que uma reforma tão popular, na época de sua implantação, tornou-se em tão breve tempo uma verdadeira calamidade social?"

Assim, aquilo que é propugnado como modelo a seguir, em razão de sua "viabilidade e factibilidade", na verdade é uma experiência cujos resultados estão sendo fortemente criticados pela população e pelos meios científicos e não podem servir de parâmetro às iniciativas do gênero. Ressalte-se, ainda, as diferenças geográficas, econômicas, sociais, políticas e culturais que distanciam a realidade italiana da brasileira.

O 4º parágrafo refere-se ao outro modelo inspirado do projeto, além da reforma italiana: a experiência dos Estados Unidos da América.

Se a reforma italiana inspirou-se nas idéias da antipsiquiatria de Basaglia, a reforma Kennedy dos Estados Unidos inspirou-se nas idéias de Gerald Kaplan, que quis trazer para a psiquiatria os conceitos de medicina preventiva. Daí adveio a maior ênfase que foi dada nessa reforma às medidas de prevenção primária, que em seu sentido original kaplaniano, tinha por objetivo a prevenção da incidência da doença mental na comunidade.

Seguiu-se nos Estados Unidos a desospitalização brusca da população psiquiátrica internada nos grandes hospitais estaduais, medida conhecida como "o despejo", que mergulhou a

psiquiatria americana numa calorosa polêmica e inundou os jornais e revistas leigos com um noticiário patético sobre a onda ambulante de doentes mentais.

Passados 30 anos, temos uma análise a respeito, num artigo de Jeffrey L. Geller, publicado em fevereiro de 1991 na revista "H & CP" – Hospital and Community Psychiatry – o jornal da American Psychiatric Association. O trabalho conclui que muitas das hipóteses sobre as quais o sistema foi concebido não se confirmaram na prática.

Outro artigo, de Luis R. Marcos e David Nardacci, publicado em novembro de 1990 pelo The American Journal of Psychiatry aborda a relação entre a "desospitalização" e o remover pessoas sem teto. Os autores descrevem o programa da cidade de Nova Iorque para remover pessoas sem teto, graves doentes mentais, das ruas para um hospital público.

O Relatório do "Grupo de Pesquisas de Saúde Pública" e da "Aliança Nacional em Pro dos Doentes Mentais" dos E.U.A. constatou que atualmente, 30 anos depois da Lei Kennedy ter sido promulgada, "mais de 250 mil esquizofrênicos e maníacos depressivos não recebem tratamento adequado" e "cerca de 100 mil doentes mentais acham-se detidos em prisões; a Penitenciária do Condado de Los Angeles abriga 3 mil deles, 700 a mais do que o número de internados do maior hospital especializado daquele país. Como se vê esses dados sugerem claramente como aliás garantem E. V. Valdiserri e colaboradores, que "A própria doença mental (em conse-

quência da desinstitucionalização) foi criminalizada nos Estados Unidos".

Como se pode constatar por estes estudos, são parciais e duvidosas as conclusões a respeito da experiência americana.

Os recentes programas de saúde mental têm firmado como prioridade o tratamento do doente mental passando a prevenção para segundo plano. Desse modo, reverte-se o ponto de vista psiquiátrico preventivo de Kaplan, que inspirou a reforma americana e, com isso, fica abolida a essência dessa reforma, voltando a ser dada ênfase às medidas curativas. As consequências práticas dessa profunda alteração necessariamente vão, em breve, se impor nos Estados Unidos.

A lição que devemos tirar para nós é a de caráter evolucionista, não aventureiro, que, partindo das estruturas hospitalares e extra-hospitalares disponíveis, proceda-se a uma racionalização e integração dos recursos existentes.

Conforme admite o derradeiro parágrafo da justificação do projeto, "a questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a Cultura, com a Filosofia, com a Liberdade". É de se admirar, portanto, que tal complexidade encontre solução tão simplista, que esquece tudo o que já existe para criar um modelo totalmente novo no país, inspirado em convicções subjetivas e experiências estrangeiras malsucedidas.

Na verdade, acha-se implícita na proposta a predominância das concepções doutrinárias sócio-ideológicas sobre as concepções médico-psiquiátricas. Desta forma, prevalece a convicção de que a doença mental é fruto exclusivamente de "um sistema social e econômico injusto e desigual", em total descon sideração pelas argumentações científicas e pelos próprios dados da realidade que dão relevo aos fatores biológicos e documentam a existência de doentes mentais.

Pelas razões apontadas no decorrer desta análise e diante da gravidade do problema de que trata o projeto, cuja aprovação liquida todos os recursos assistenciais criados ao longo dos anos, solicita-se a sua rejeição e substituição por outro que efetivamente reformule a assistência psiquiátrica.

Para promover-se a necessária reorientação da Assistência Psiquiátrica no Brasil é necessário abandonar preconceitos, abrir mão de objetivos político-ideológicos, superar questões econômico-financeiras e, dentro dos princípios da moderna psiquiatria médica, voltar toda a nossa atenção para o paciente.

Finalizando, deixo com os Senhores Senadores duas perguntas:

1ª – A decisão sobre tratar ou não tratar um paciente, ou ainda como tratá-lo, deve caber a uma autoridade judicial ou a um médico, profissional qualificado para tal?

2ª – Será o direito à doença, substituindo o direito à saúde, especialmente quando a doença afeta o juízo de realidade do indivíduo, exercício de cidadania?

Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional

Uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil

Eduardo Mourão Vasconcelos¹

Resumo

Este pequeno ensaio é uma contribuição ao atual debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil, como um esforço de sistematização das principais mudanças na legislação psiquiátrica no plano internacional, tanto nas questões administrativas como nas estruturas de serviços, admissão e procedimentos hospitalares, e nas salvaguardas legais dos usuários dos serviços psiquiátricos. Dadas as nossas condições específicas neste campo e a complexidade do assunto, é necessário expandir a discussão por todos os interessados neste movimento de reformas no campo psiquiátrico.

Unitermos: lei psiquiátrica reforma

A literatura especializada tem reconhecido quase consensualmente a existência de ciclos na evolução da legislação psiquiátrica no plano internacional, como na maioria das outras áreas legislativas. Entretanto, como era de se esperar, estes ciclos não atingem uniformemente todos os países. De modo geral, no século passado, na maioria dos países ocidentais, a maior parte das legislações existentes eram dirigidas à normatização das práticas asilares, centradas na segregação daqueles identificados como doentes e deficientes mentais, e na perda de direitos civis e da capacidade legal de gerir seus bens.

Após 1950, podemos assistir uma revisão da legislação em vários países, principalmente europeus, EUA e Canadá, correspondente a mudanças significativas no padrão de assistência à saúde mental no pós-guerra. Durante a guerra e anos seguintes, tivemos o desenvolvimento de novas abordagens institucionais e sociais, processo chamado por alguns de "revolução da psiquiatria social" (Warner, 1985), principalmente na Inglaterra e EUA. Na década de 50, a emergência dos psicofármacos permitiu novas formas de controle dos sintomas psi-

quiátricos, sem necessariamente exigir o "controle ambiental" representado pelas instituições asilares, e nos anos 60, assistimos a emergência dos movimentos antipsiquiátricos, da psiquiatria comunitária (principalmente nos EUA, e mais tarde em alguns países europeus), seguidas por experiências inovadoras como a reforma efetuada na Itália na década de 70.

Nos países do Terceiro Mundo, dadas as nossas condições específicas, podemos admitir atualmente a existência de três tipos de estrutura legal:

- a sobrevivência de sistemas informais, centrados em procedimentos ditados pela tradição;
- a sobrevivência de legislações coloniais ou semicoloniais como em Ghana, Índia, Nigéria, Paquistão e outros. Em geral, são corpos legislativos centrados na hospitalização e cassação dos direitos geralmente inspirados nas legislações européias do século passado ou na prática segregacionista já existente nestes países. No Brasil, a lei em vigor data de 1934 (Decr. 24.559 de 3/7/34) e possui estas mesmas principais características;
- em alguns países com independência nos últimos 40 ou 50 anos, novas legislações têm sido adotadas, como no Senegal, Sudão, Arábia Saudita e outros.

Se pudermos tentar resumir as tendências gerais destes novos serviços e legislações no plano mundial, possivelmente teremos as seguintes linhas principais:

- um processo de transição de serviços baseados em hospitais grandes provendo cuidados custodiais, em direção a um leque mais amplo e descentralizado de serviços comunitários, de intervenção em situações de crise, "serviços-dia" e estabelecimentos protegidos. Apesar da permanência do hospital psiquiátrico na maioria dos países, há uma tendência geral em direção a uma considerável redução do número de leitos e da média de permanência, a flexibilização dos procedimentos de admissão com ênfase no tipo voluntário, bem como de mudanças na estrutura física, visando controlar as conseqüências do institucionalismo, e/ou a sua substituição por alas especializadas em hospitais gerais (Mangen, 1985).

Psicólogo e Cientista político. Doutorando pela London School of Economics and Political Science
©1990 – ECN-Editora Científica Nacional Ltda.

- uma tendência a desenfocar a saúde mental apenas como especialidade médica, em direção à perspectiva da saúde pública e uma abordagem multiprofissional.
- as novas legislações tendem a uma revisão de seus conteúdos, visando adaptar-se aos novos tempos, particularmente:
 - numa mudança da ênfase nos procedimentos ligados a hospitalização para a regulamentação das novas formas de serviços;
 - mudança da antiga ênfase quase absoluta no controle (segurança da sociedade e do indivíduo) para a garantia do direito à assistência e salvaguardas legais dos usuários dos serviços psiquiátricos.

Nem sempre as mudanças na assistência se refletem na legislação psiquiátrica, que tende a manter uma distância em relação às inovações produzidas nos serviços. Essa é uma das conclusões de uma pesquisa sobre o assunto feita pela Organização Mundial de Saúde e divulgada em 1978 (WHO, 1978). Entretanto, a experiência da legislação aprovada na Itália no mesmo ano mostrou a possibilidade da perspectiva inversa: a reforma legal pode se constituir em um importante elemento de indução de mudanças nos serviços, enquanto refletindo inovações já ocorridas em alguns locais que, do ponto de vista técnico, ético e político devem ser estendidas às demais regiões do país.

De uma perspectiva semelhante, inovações efetuadas em outros países, tanto do ponto de vista dos serviços quanto da legislação, podem se constituir de uma importância enorme para a discussão da tão necessária reforma da legislação brasileira. Isso não só no sentido de adaptá-la às mudanças já em curso na assistência no país, como também de procurar induzir inovações desejáveis de uma forma mais integrada e eficaz. O presente ensaio tem o objetivo de oferecer ao leitor uma visão rápida, mas global, das principais tendências inovadoras em legislação psiquiátrica ocorridas nos principais países do mundo, como subsídio para o presente debate no Brasil.

Aspectos administrativos e estrutura de serviços psiquiátricos nas legislações recentes

Preliminarmente, qualquer avaliação das inovações legais deve levar em consideração alguns aspectos organizacionais tanto da própria estrutura legislativa quanto da de serviços. Aqui, pelo menos os seguintes tópicos deveriam ser considerados:

a) Quanto à estrutura federativa

Existem nos países ocidentais basicamente três tipos de estrutura federativa em relação à legislação psiquiátrica:

- países onde virtualmente toda a legislação está estabelecida no nível subnacional, como a Austrália, Canadá e Suíça.
- países onde a legislação está basicamente estabelecida no nível federal, tal como no Brasil, Índia, Nigéria e União Soviética.
- países com modelos mistos, com peças legislativas a nível federal complementadas por legislações mais específicas e a nível subnacional, como nos EUA.

No contexto brasileiro, em que caminhamos para a efetiva montagem de uma estrutura política federativa e um sistema integrado mas municipalizado de saúde, há espaço para o es-

tabelecimento de medidas legais não só no nível federal, mas também no nível estadual (nas constituições de cada estado) e municipal (nas leis orgânicas municipais). Na medida em que aprofundamos a experiência democrática, com governos estaduais e municipais eleitos mais comprometidos com os interesses populares, com o avanço da cidadania civil, política e social, bem como os movimentos sociais das minorias, é de se esperar que tais governos ou respectivas sociedades civis locais promovam mudanças legislativas inovadoras também na área psiquiátrica. Ou seja, o debate sobre a reforma da lei psiquiátrica brasileira não deve ocorrer visando apenas o nível federal, como também o das demais unidades da federação, abrindo espaço para experiências transformadoras regionais e locais diversificadas.

b) Quanto à diferenciação legal das doenças mentais

Nas legislações mais tradicionais, podemos identificar algumas tendências mais comuns:

- todas as categorias de doenças mentais tendem a ser agrupadas juntas;
- todas elas são colocadas sob a responsabilidade da categoria médica;
- mesmo em caso de distinção entre o 'insano' e o 'deficiente', os processos administrativos e legais tendem a ser semelhantes.

Mais recentemente, os novos corpos legais tendem a uma diferenciação, criando medidas específicas para algumas categorias tais como o doente mental, deficientes, alcoolismo e dependência de drogas. Em alguns casos, temos também a distinção dos desvios sexuais, onde chegamos a constatar até mesmo certas medidas eugênicas de conteúdo francamente duvidoso, como permissão para esterilização e castração de pessoas que cometeram crimes sexuais, como em alguns estados americanos e países escandinavos. No pós-60, houve um enorme desenvolvimento de novas leis sobre alcoolismo e dependência de drogas, não só integradas à legislação psiquiátrica, como também aos códigos penais, de trânsito, do trabalho, de programas de seguro e saúde pública.

c) Quanto às prioridades dos locais e forma de assistência

Cabe à legislação estabelecer os locais e formas prioritárias de assistência aos usuários dos serviços psiquiátricos. Nesse sentido, podemos indicar duas tendências principais:

- o deslocamento da ênfase no hospital psiquiátrico especializado (manicômios) para alas psiquiátricas em hospitais gerais, através do fechamento dos grandes hospitais, ou redução do tamanho e do número de leitos, e melhoria das condições físicas. Há em algumas legislações uma preferência administrativa explícita (ou como no caso italiano, que o faz de forma compulsória), por unidades psiquiátricas em hospital geral. Nos países europeus, de modo geral, os investimentos nessa área ainda são relativamente pequenos e tais unidades ainda provêm apenas pequena parte do total de leitos (Mangen⁽⁴⁾). A Itália possui a legislação mais avançada nesta direção, proibindo literalmente a construção de novos hospitais psiquiátricos especializados, o uso dos existentes como instalações psiquiátricas de hospitais gerais, e indicando as unidades especiais em

hospitais gerais, com no máximo 15 leitos, como o principal locus de tratamento em caso de internação. O país mostrou uma queda significativa no total de leitos nos hospitais estatais, de 77.070 em 1977, antes da Lei de n.º 180 de 1978, para 38.871 em 1984. Destes, apenas 3.113 estavam em unidades psiquiátricas em hospitais gerais naquele ano, devido principalmente às dificuldades financeiras na área pública a inércia no processo de redirecionamento dos gastos nos hospitais para estes novos serviços, e a resistência política à implantação da reforma em algumas regiões, particularmente no sul do país. Embora o quadro nacional ainda não seja eloquente, a reforma vem sendo implementada de forma regionalizada e em ritmos diversificados, e já existem várias regiões onde o total de leitos em unidades psiquiátricas em hospitais gerais já atingiu a meta planejada ou os padrões aceitos internacionalmente como desejáveis (Mosher, 1989, p. 210 e seguintes).

- a ênfase na assistência extra-hospitalar, realizada na comunidade, também significa uma das mudanças mais significativas nas últimas décadas. Segundo as informações disponíveis, a primeira peça legislativa nessa direção talvez seja o Mental Treatment Act inglês de 1930, a primeira revisão formal da legislação manicomial naquele país. Entre outras coisas, as autoridades municipais foram autorizadas a estabelecer clínicas extra-hospitalares e assistência pós-hospitalar. Já naquela época (1929) se desenvolvia o primeiro curso de serviço social psiquiátrico, especialização que mais tarde cumprira um papel importante na assistência comunitária em saúde mental. Na França, foi promulgada em 1944 uma lei propondo a organização de "colonies familiares", uma espécie de centro para colocação de ex-internos em casas protegidas na comunidade. Em 1955, um decreto estabelecia um programa de suporte para clínicas de higiene mental. Entretanto a mudança mais significativa ocorreu na forma de uma circular ministerial em 1960, formalizando a setorialização da assistência com cada região ou setor tendo um dispensário de saúde mental, um hospital dia, um hospital noite e uma oficina de trabalho protegido. Nos EUA, a legislação criando os centros comunitários de saúde mental data de 1963. É ainda interessante notar a indicação feita pela *survey* conduzida pela OMS: na maioria dos países onde estas formas comunitárias de assistência não são previstas na legislação, estes serviços não são proibidos, mas a lei não autoriza nem encoraja o desenvolvimento desses serviços. Novamente, o caso italiano mostra como o instrumento legal pode induzir ou acelerar tais mudanças. Naquele país, a lei formalizou algumas experiências prévias dos centros comunitários de saúde mental ("Servizi Psichiatrici Territoriali" ou "Servizi de Igiene Mentale") como o principal local de provisão da assistência, e integrados aos hospitais dia, alternativas de residência protegida e cooperativas de trabalho para ex-internos.

A experiência internacional na área de procedimentos hospitalares dentro da legislação psiquiátrica

Numa visão mais global, poderíamos classificar as legislações a nível internacional, em relação a este tópico, em quatro grupos principais:

- sistemas legislativos complexos; por isto entende-se códigos mais longos, com variados tipos de admissão, incluindo pelo menos dois tipos de hospitalização involuntária, pelo menos um tipo de procedimento de emergência, e um sistema de referência para troca de status, de um tipo de admissão para outro. Dentro desse grupo, normalmente estão países com legislação mais recente, mais urbanizados e com sistemas de serviços mais desenvolvidos, entre os quais poderíamos citar alguns estados da Austrália (South Australia, Victoria), Egito, Malásia, Inglaterra, EUA, e Uruguai (WHO, 1977).
- sistemas moderadamente complexos, como no Canadá, França, Índia, Paquistão, Peru, Suíça, União Soviética, etc. (idem).
- sistemas básicos, com uma legislação mais elementar, como no Brasil, Costa Rica, Dinamarca, Noruega, Polônia, Senegal, Sudão e Síria (idem). Na lei brasileira, por exemplo, há a previsão muito simples de casos de internação voluntária (Art. 1, par. 1º), que deveria ser feita em estabelecimento aberto ou parte aberta de estabelecimento misto, mais dois artigos, um sobre a transferência para a parte fechada (18º) e o outro sobre alta (19º).
- sistemas informais, sem formalização dos procedimentos, tais como na Etiópia, Irã, Iraque, e Jordânia, entre outros, principalmente de tradição árabe.

Os principais tipos de admissão previstos nos sistemas mais complexos são os seguintes:

- a) admissão voluntária: há um forte movimento em direção a priorizar este tipo de admissão como o ideal nas últimas quatro décadas. O índice de admissões voluntárias inclusive tem sido usado ultimamente como um dos indicadores importantes na avaliação comparativa de sistemas psiquiátricos. Apesar do conceito variar muito, alguns países europeus têm reportado índices superiores a 90% do total de internações (Mangen⁽⁴⁾). De qualquer forma, na maioria dos casos, esta modalidade de internação sempre garante o direito de alta simplesmente pelo pedido do usuário. No Brasil, apesar da existência deste tipo de admissão na lei, os direitos a ela reconhecidos não são garantidos.
- b) admissão involuntária: aqui se encontram as mudanças mais dramáticas nos procedimentos hospitalares nas últimas quatro décadas. Dos 43 países investigados em 1975 pela *survey* da OMS, 34 baseavam as internações involuntárias apenas no atestado médico, sem uma prévia ou concomitante ordem judicial ou de autoridade executiva, e com argumentos normalmente indefinidos, tais como periculosidade, necessidade de tratamento e/ou recusa para aceitá-lo, incapacidade de entender a necessidade para tal, etc. Entretanto, a tendência dentro das legislações mais modernas tem sido:
 - de dificultar a admissão involuntária através de mecanismos administrativos e legais;
 - de salvaguardar o direito de recurso por parte do usuário para evitar uso indevido do poder psiquiátrico.

Alguns exemplos são significativos. Na Itália, como medida imediata, nenhum paciente novo poderia ser admitido em hospitais psiquiátricos estatais. Até dezembro de 1980 ou 1981 para algumas regiões, ex-internos poderiam ser admitidos apenas voluntariamente. Após, tratamento compulsório em hospitais gerais é visto como intervenção excepcional, no caso de

total impossibilidade do tratamento em serviços extra-hospitalares, e exige a certidão de dois médicos (um dos quais pertencentes ao sistema público de saúde) e aprovação pelo prefeito ou seu designado, que atua como autoridade sanitária local máxima. Alguns países colocam à disposição dos usuários um poder independente, que pode ser um investigador independente, tal como a figura do 'ombudsman', na Holanda (pós-80), advogados e médicos independentes, ou "review body", como no caso inglês após 1985, que é composto de membros médicos, legais e leigos. Aqui, é interessante perceber que existem pelo menos quatro tipos de autoridades incluídas nessas instâncias: o poder executivo (como no caso italiano), poder judiciário, profissionais (normalmente médicos, mas possivelmente também incluindo outros), e leigos de reconhecida probidade técnica e/ou moral, normalmente ligados a entidades ligadas a assistência voluntária ou defesa dos direitos dos usuários de serviços de saúde mental.

- c) admissão para observação: normalmente involuntária, mas limitada no tempo (geralmente o máximo permitido são três ou quatro semanas). A tendência tem sido de menor utilização desta modalidade, à medida em que cresce a disponibilidade de serviços não propriamente hospitalares para diagnóstico e tratamento imediato.
- d) admissão de emergência: este tipo destina-se a casos de necessidade de imediata atenção profissional, principalmente nas crises. Nas legislações mais recentes, inclui o direito ou não da polícia deter pessoas suspeitas de estar em crise, e no primeiro caso, geralmente é assegurado ao profissional o direito de recusar a admissão, e também se requer o atestado ou aprovação formal do médico. Na *survey* feita pela OMS, o tempo máximo permitido mais freqüente é de três dias, mas há casos de países que permitem internações de até 21 dias. O mais interessante, talvez, sejam as salvaguardas associadas a este tipo, encontradas em legislações mais recentes. Atingido o período máximo, as alternativas são a alta, ou então a continuidade, que exige a passagem para internação voluntária ou involuntária. Neste último caso, certos países exigem audiência pública com autoridade judicial ou administrativa. Outros restringem este direito, permitindo ao paciente apenas uma audiência por ano, para evitar apelos múltiplos por determinados tipos de usuários, tais como os diagnosticados como paranóicos severos. Outra característica interessante é a de que normalmente toda admissão de emergência requer o envio de relatórios a uma instância superior, podendo ser autoridade judiciária, polícia ou painel de profissionais. Na França, por exemplo, exige-se em tempo curtíssimo (24 horas) um relatório enviado à polícia. Na União Soviética, exige-se um relatório feito por um painel de três psiquiatras.

Não abordarei aqui os procedimentos legais relacionados com processos criminais, que exigiriam seguramente uma discussão muito mais alongada do que permite o escopo deste artigo. Aos interessados, a *survey* realizada pela OMS pode dar uma visão descritiva. Ainda dentro dos procedimentos hospitalares, as legislações recentes vêm desenvolvendo capítulos referentes às salvaguardas aos direitos dos usuários internados. No entanto, esse tema será tratado à parte, na próxima seção, destinada a discussão mais abrangente dos direitos básicos dos usuários, incluindo situações não diretamente ligadas ao contexto hospitalar.

Medidas protetoras dos direitos dos pacientes

Esta talvez seja a área mais delicada dentro das legislações psiquiátricas, e em que mais se exige não só um acompanhamento mais atualizado das mudanças em curso nos diversos países, como também uma certa dose de audácia no sentido de avançar o processo de mudanças em países que atualmente estão tentando reformas em suas respectivas legislações.

Aqui, sem dúvida alguma, a referência principal seja a tradição das cartas das Nações Unidas. Em 1959, foi aprovada a Declaração dos Direitos da Criança; em 1971, a Declaração dos Direitos das Pessoas com Retardo Mental; e em 1977, a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes. Atualmente, encontra-se em discussão em um de seus comitês uma carta de "Princípios e Garantias para a Proteção das Pessoas Doentes Mentais e para o Avanço da Assistência em Saúde Mental" (UN, 1988). O documento vem sendo inclusive discutido internamente pela DINSAM, com vistas à produção de uma proposta de nova lei psiquiátrica. Minha opinião é de que uma reforma como esta merece um verdadeiro "processo constituinte", com a ampliação da discussão à sociedade, estudantes, profissionais ligados à assistência, usuários dos serviços e suas famílias, etc., no sentido não só de refletir as mudanças ora em curso na assistência, mas também buscar ouvir os anseios mais profundos daqueles mais diretamente ligados ao problema, visando induzir mudanças através da legislação.

Entre os direitos básicos em discussão neste processo, podemos indicar como os mais importantes:

- o direito a todos a assistência à saúde e saúde mental, associada intrinsecamente à noção de cidadania e direitos sociais em geral. Este me parece um tópico essencial, principalmente se levarmos em conta o atual contexto nacional, de tentativa de universalizar a assistência e criar um sistema único e integrado de saúde, em uma conjuntura de crise do estado e baixos índices de investimento público no setor.
- contra a discriminação fundada na presunção ou conhecimento de doença mental.
- pela garantia do direito de voto aos usuários dos serviços de saúde mental, independente da situação de tratamento.
- pela garantia do direito de administração dos próprios negócios econômicos e bens, bem como direito a guarda e supervisão aos casos de reconhecimento judicial de incapacidade. Ainda neste tópico, os direitos de escolher e ter acesso em ambiente privado a um representante legal para proteger seu interesse, e de apelar e rever a classificação de incapaz, garantindo a retenção dos direitos e responsabilidades civis, políticos, sociais e econômicos.
- direito de apelar contra a hospitalização involuntária.
- direito a se comunicar com outros dentro e fora das instituições e serviços psiquiátricos e ter acesso aos mesmos meios de comunicação acessíveis à comunidade local, sem censura prévia.
- direito de ter acesso a dinheiro e de receber/comprar/trocar itens essenciais para a vida diária e recreação.
- direito de praticar religião ou crença.
- direito a privacidade.
- direito de proteção contra e exploração e trabalho forçado, e de ser remunerado, por trabalho realizado em instituições psiquiátricas e de assistência.

- direito e acesso a ocupação ativa compatível com sua formação social e cultural, bem como treinamento, reabilitação e reintegração à comunidade de origem.
- direito a apelar contra a hospitalização involuntária.
- obrigatoriedade de colocar à mostra, em lugar de acesso a todos os usuários e em todos os tipos de serviços, a legislação contendo os direitos básicos dos clientes de serviços de saúde mental.

A *survey da OMS* constatou que, pelo menos até aquela data, 1977, haviam raros casos de legislação garantindo alguns desses direitos, e normalmente com restrições que podiam ser impostas pelo hospital sob algumas circunstâncias específicas. Na lei brasileira, o capítulo de proteção à pessoa e bens do "psicopata" (este é o conceito 'legal' utilizado) – Art. 26 e seguintes – na verdade são artigos de interdição, administração provisória ou curatela, com exceção de dois únicos artigos, o de n.º 30 (direito a novo exame de sanidade mental) e o de n.º 31 (não violação de correspondência).

É interessante discutir de forma específica o direito de recusar tratamento ou certas formas de tratamento, já existentes em legislações de alguns estados do EUA e na Inglaterra. Nesta última, por exemplo, o "1983 Mental Health Act" indica três categorias de tratamento:

- a) tratamentos irreversíveis, ou cuja efetividade não foi bem comprovada, tal como a psicocirurgia; os seguintes passos são exigidos:
 - consentimento do paciente;
 - uma segunda opinião médica;
 - discussão e aceite por um painel multiprofissional;
 - discussão e aceite pela equipe psiquiátrica local.
- b) ECT: pode ser dado sem o consentimento do paciente, mas após:
 - consulta aos membros não médicos da equipe psiquiátrica;
 - exame e consentimento por um médico independente;
- c) Outras formas de tratamento: sem o consentimento do paciente ou segunda opinião médica; entretanto, psicotrópicos podem ser administrados sem consentimento pelo paciente pelo período de até três meses, após o qual exige-se uma segunda opinião médica, por profissional autorizado pelo Mental Health Act Commission.

O documento em discussão na ONU traz medidas semelhantes, incluindo também limites ao uso de métodos como reclusão involuntária e restrições físicas, e indicando na maioria dos casos uma autoridade especializada independente, cuja forma não é discriminada, como principal poder de controle.

Antes de finalizar esta seção e apontar para uma discussão mais específica sobre as condições específicas do contexto brasileiro a serem levadas em conta no processo de reforma de nossa legislação psiquiátrica, o que será feito na próxima seção, gostaria de indicar alguns tópicos adicionais que também poderiam ser lembrados neste processo de debate sobre legislação e saúde mental:

- prioridades orçamentárias, não só em relação ao montante global a ser destinado à área da saúde em geral, como também para a área de saúde mental, e mais especificamente, da relação desejável de investimentos destinados à área hospitalar e extra-hospitalar em psiquiatria.
- política de pesquisa e formação de profissionais, bem co-

mo de uma distribuição mais democrática das responsabilidades e poderes dentro das equipes multiprofissionais de saúde mental.

- mecanismos regulatórios para produção, prescrição e consumo de psicofármacos.
- a relação entre os serviços psiquiátricos e outras instituições sociais e jurídicas, tais como o sistema policial e penal, e o sistema educacional (nesta área, por exemplo, a temática da individualização dos conflitos e deficiências da escola na criança encaminhada aos serviços de saúde mental).
- o controle das condições ambientais correlacionadas com uma maior probabilidade e ocorrência de doenças mentais, particularmente nos locais de trabalho (saúde mental ocupacional).

As especificidades do atual contexto brasileiro e a reforma da legislação psiquiátrica no país

Existe uma longa tradição em países do Terceiro Mundo, incluindo o Brasil, de copiar dos países centrais modelos legislativos, sistemas de política social e técnicas em psiquiatria e psicologia. A nossa CLT, por exemplo, foi inspirada quase inteiramente na Carta del Lavoro de Mussolini. Entretanto, em nossos países, há uma combinação de características econômicas, sociais, demográficas e culturais do capitalismo mais dinâmico e de nossa configuração tardia e subdesenvolvida, resultando contextos completamente diferentes e específicos. Em psiquiatria, por exemplo, temos a combinação de padrões hospitalares asilares semelhantes aos existentes no século passado, uma inter-relação complexa entre a carreira psiquiátrica, a miséria e a migração rural urbana, por um lado, com uma ampla difusão de uma psicanálise extremamente sofisticada nos setores médios da população urbana, com características talvez sem precedentes mesmo nos países centrais mais avançados. Qualquer tentativa comprometida e séria de reforma de nossa legislação deve procurar se sustentar em uma análise crítica dessas especificidades de nosso contexto e em uma estratégia política que leve em consideração tais características.

Em minha opinião, poderíamos formular como questão básica para a reforma psiquiátrica em países como o Brasil o *entendimento das possibilidades do que a literatura especializada anglo-saxônica chama de 'desinstitucionalização' da psiquiatria em contextos de Terceiro Mundo*. Por esse conceito se entende, em termos muito simples, a mudança de ênfase do hospital psiquiátrico para formas menos institucionalizadas e mais comunitárias de atenção à saúde mental. Quais são os possíveis pré-requisitos históricos básicos para um processo como esse?

Alguns autores anglo-saxões ligados à tradição dialética e especializados no assunto vêm tentando formular algumas hipóteses. Scull, por exemplo, se pergunta por que nos EUA no século passado, o já existente forte movimento de crítica ao hospital psiquiátrico não resultou em um processo de desospitalização (o que só irá ocorrer no pós-guerra). Sinteticamente, este autor afirma que qualquer esquema de cuidado extra-hospitalar naquele período iria criar a possibilidade de que o padrão de vida de famílias com membros doentes mentais seria elevado acima do padrão geral da classe trabalhadora, representando então uma barreira à provisão de tais servi-

ços. O processo de desospitalização só se iniciará quando o sistema de política social desenvolveu serviços sociais alternativos capazes de prover suportes sociais não só aos doentes mentais, como também a todos os grupos de pessoas dependentes (velhos, deficientes, crianças, doentes crônicos) (Scull^(7,8)).

Warner, um psiquiatra inglês atualmente radicado nos EUA, levanta uma questão semelhante: por que a nível dos países centrais há um grande movimento de recuperação e reinserção de esquizofrênicos no pós-guerra, antes mesmo da síntese e comercialização em massa dos psicofármacos? Para ele, o que chama de "revolução da psiquiatria social" foi induzida pela pressão de volta dos soldados ao campo de batalha (por exemplo, na criação das comunidades terapêuticas), e pela carência de mão-de-obra gerada pela guerra, que induz então um investimento e um esforço de recuperação de indivíduos até então marginalizados pelo sistema produtivo (Warner⁽¹⁰⁾).

Se as indicações históricas colocadas pelos dois autores estão corretas, há algumas implicações que não podem passar despercebidas. Elas implicam em uma avaliação crítica da historiografia da psiquiatria; as pesquisas históricas (e também a maior parte dos movimentos de reforma psiquiátrica) geralmente têm enfatizado o papel de controle social do manicômio. e subestimado o seu papel de maximizar o "tempo produtivo" das famílias pela redução do seu "tempo de cuidar", por uma implícita visão de que a família constitui o locus único dos cuidados básicos, ou seja, das tarefas de reprodução social. Uma visão antipsiquiátrica ingênua reforçaria esta primeira concepção, com a imagem da "família doente" e da devolução do doente à fonte dos conflitos. Os processos recentes de desospitalização, somado ao crescimento da consciência feminista da importância do trabalho doméstico para a reprodução social, têm mostrado a importância da função de "economia temporal" e de produção de cuidados específicos que as internações asilares vêm desempenhando, e têm colocado pelo menos duas questões centrais: a de quais formas de divisão do trabalho são possíveis entre as famílias e instituições sociais no cuidado às pessoas com alguma forma de dependência: e a de qual relação é possível entre tratamento e cuidado social, entre os problemas específicos da área mental e as condições materiais e sociais de vida.

Estas questões acabam nos indicando também outro tema polêmico sobre historiografia da psiquiatria. Ingleby, um psicanalista inglês também voltado para questões históricas e sociológicas, ao avaliar a literatura pós-estruturalista e marxista sobre o assunto, constata que "como as histórias das guerras coloniais, estes relatos nos contam mais sobre as relações entre os poderes imperiais que sobre o 'Terceiro Mundo' dos próprios doentes mentais", ao se concentrar nas máquinas estatais e nos profissionais, e falar muito pouco sobre os usuários, o que efetivamente acontecia dentro dos asilos, com os familiares e a opinião pública em geral (Ingleby, 1983, p. 144). Este autor aponta, implicitamente, para o problema da *relação democrática* entre os serviços de saúde mental e seus usuários, familiares e público em geral. Até quando serão considerados como não-sujeitos e sua voz será olhada apenas como discurso sintomático? Algumas experiências recentes de desospitalização, em contexto de existência de redes complexas de serviços sociais pessoais, como por exemplo no Canadá e Inglaterra, têm apontado para uma relação mais demo-

crática com eles, implicando um processo de decisão participada, entre profissionais, usuário e familiares, sobre as diversas opções para onde ire de quais serviços podem ser mobilizados.

Se as indicações históricas destes autores estão corretas, isso levantaria então algumas questões fundamentais para se pensar o processo brasileiro. Aqui, o sistema de política social é tradicionalmente hierarquizado, voltado para os grupos de trabalhadores mais importantes do ponto de vista econômico e político. Inexiste um sistema real de seguro desemprego e de provisão de serviços sociais pessoais aos grupos de indivíduos com dependências, e o enorme exército industrial de reserva induz a um não investimento em grupos sociais improdutos. A carreira psiquiátrica e a hospitalização são alternativas às vezes intencionais para aqueles em situação de crise social, revelando como, em um país com altos índices de miséria absoluta, as funções de provisão de cuidados e benefícios sociais fornecidos através da assistência à saúde mental, cujo objetivo explícito seria apenas tratamento, estão superpostas. Além disso, a presente tentativa de universalização dos serviços básicos de saúde esbarra em uma profunda crise do setor público.

Em linhas gerais, pode se dizer que na América Latina, e particularmente no Brasil, no momento em que emergem as condições políticas para a democracia e uma melhor distribuição da riqueza social (mesmo dentro dos limites do capitalismo), já nos encontramos em plena crise do modelo keynesiano (da social democracia e do 'Estado do Bem-Estar'), e da produção estatal direta de serviços sociais básicos. Por outro lado, no nível da família, assistimos a uma tendência crescente da mulher em direção ao mercado formal de trabalho, o que significa uma crescente diminuição da capacidade de provisão de cuidados básicos às pessoas dependentes (crianças, velhos, deficientes e doentes em geral) na família. As feministas vêm levantando esta questão de forma bastante enfática (Finch e outros, 1983; Neto, 1982).

Sintetizando, um processo de desinstitucionalização psiquiátrica pode significar a ressocialização e a devolução da loucura à sociedade, mas, principalmente no contexto do Terceiro Mundo, não deve ingenuamente induzir a uma privatização compulsória da loucura na família ou simplesmente a um processo de negligência social, em caso de sua ausência.

O risco que se corre é de que, no atual contexto de crise do estado e dos serviços públicos, e de uma onda neoliberal conservadora, o movimento antimanicomial seja apropriado por políticas privatistas e francamente negligenciadoras da assistência, o que particularmente vem acontecendo por exemplo nos EUA e Inglaterra.

Poderíamos perguntar então pela nova rede ambulatorial pública em saúde mental sendo criada nesta última década no Brasil. A minha hipótese (e este talvez seja um dos temas básicos de minha pesquisa ligada ao doutorado na Inglaterra) é de que está acontecendo geralmente no Brasil um processo com algumas similaridades ao ocorrido nos EUA. Apesar da enorme complexidade do assunto, poderíamos resumir dizendo que neste último, a clientela dos centros comunitários de saúde mental não foi exatamente a mesma dos hospitais psiquiátricos, mas de uma nova faixa da população apresentando problemas mais leves, principalmente de ordem neurótica, ou de um processo de psiquiatrização de conflitos so-

ciais. Também de forma resumida e algo esquemática, podemos dizer que no Brasil, não só os investimentos nestes serviços são estruturalmente escassos e as condições de trabalho são precárias, como também os modelos de intervenção diferentes da abordagem psiquiátrica tradicional tendem a copiar os já praticados tradicionalmente nos consultórios particulares, com ênfase especial na psicanálise, pelo menos no eixo São Paulo, Rio e Belo Horizonte, os serviços ambulatoriais públicos acabam se constituindo, com poucas exceções, em um "pezinho" provisório para a entrada dos profissionais no mercado privado. Como resultado, podemos ter um lado positivo, que é o reconhecimento dos distúrbios neuróticos como merecendo a atenção pública (o que as classes médias já são capazes de comprar). Entretanto, não só os trabalhadores mais pobres e desarticulados não se adaptam ao código cultural e linguístico implícito ao esquema psicoterapêutico utilizado, como também o doente mental psicótico, crônico, ou egresso de hospitais acaba se reduzindo ao controle medicamentoso tradicional feito pelo psiquiatra. As outras necessidades, tais como a de uma atenção psicológica mais adequada às especificidades da clientela, os cuidados corporais e higiênicos (nos casos mais graves), o estabelecimento de limites e a atenção, o lugar de refúgio, a moradia, o convívio e a reintegração social, o trabalho protegido, que normalmente deveriam ser providos por serviços intermediários mais complexos (como o hospital-dia, os centros-dia, os serviços de emergência, unidades residenciais e cooperativas de trabalho), são todas exigidas então da família (e dentro delas, as mulheres), ou na sua ausência, não são fornecidas em absoluto. Talvez daí uma das razões da permanência de altas taxas de reinternação no país.

Em outras palavras, não só encontramos no país alguns obstáculos estruturais e conjunturais a uma oferta mais sistemática de serviços extra-hospitalares mais complexos, como também os recursos existentes tendem a ser redirecionados, mesmo que formalmente o programa de saúde mental postule como prioridade o egresso do hospital psiquiátrico.

Assim, o debate sobre a reforma da legislação psiquiátrica brasileira também nos remete a uma discussão crítica sobre a estratégia do processo de desinstitucionalização da própria assistência. E a despeito dos limites mais estruturais para uma expansão dos serviços, existe um espaço de mudanças dentro dos recursos já existentes, que nos permite visualizar saídas mais consistentes. Experiências como o Hospital-Dia do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a própria proposta de Programas de Intensidade Máxima, ambos sob a direção da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, bem como a proposta dos Centros de Convivência e Cooperativa em montagem pela atual prefeitura de São Paulo, já trazem em seu bojo uma preocupação em enfrentar alguns dos problemas apontados.

Uma outra questão que também não pode ser esquecida nesta discussão sobre as especificidades de uma reforma da lei psiquiátrica no contexto brasileiro são as características de nossa estrutura legal e jurídica. Não só não temos uma tradição de reconhecimento da cidadania e de seus direitos ao nível da cultura de massas, como o aparelho legislativo e judiciário são extremamente burocratizados e lentos, e a lei tem pouco efeito como instrumento de garantia dos direitos. Isso levanta problemas substantivos para um processo de reforma.

O primeiro deles diz respeito a própria reforma da lei como instrumento de indução de mudanças na assistência: Se o processo de mudança legislativa não for acompanhada por uma mobilização ampla da opinião pública, dos profissionais, estudantes, usuários e familiares sobre o assunto, e daí de mudanças na própria assistência, teremos apenas um instrumento legal sem efetividade, esperando apenas os processos locais de luta e de mudanças pontuais na organização de serviços, com resultados muito reduzidos. Outra questão se liga à natureza do poder de controle dos procedimentos hospitalares e de cerceamento dos direitos básicos dos usuários. Uma estrutura sustentada apenas nas atuais instâncias judiciárias seria por demais lenta e ineficiente quando se necessita de intervenções rápidas, às vezes em até 24 horas.

Da mesma forma, a presente análise indica alguns pontos de discussão sobre o próprio movimento antimanicomial e suas bandeiras, que pode explicitar certos aspectos implícitos do que se tem pensado como tática de luta no Brasil. A colocação da palavra de ordem "por uma sociedade sem manicômios" sem dúvida pode indicar um objetivo estratégico claro a longo prazo, mas a curto e médio-prazo pode não só ter efeitos políticos adversos, como também induzir uma incompreensão do processo histórico em curso na Itália, que indubitavelmente inspirou a palavra de ordem. A reforma italiana, ao proibir as admissões, não objetivou uma rápida desinstitucionalização ou desospitalização, mas principalmente uma "prevenção da institucionalização", como aponta Burti (Mosher e Burti⁽⁵⁾). Não houve lá um processo como ocorreu em alguns estados dos EUA, principalmente Califórnia e Nova York, com rápida 'desova' dos pacientes. Na verdade, a reforma italiana significou sim um decréscimo enorme no número de admissões, mas não teve uma influência no ritmo de queda do número de pacientes hospitalizados, que já vinha caindo na mesma velocidade desde os anos 60. Os números globais referentes ao número de instituições hospitalares por 100.000 habitantes, um indicador da taxa de assistência hospitalar global, se mantiveram estáveis desde a reforma, apenas as unidades em hospital geral tendem a substituir *gradativamente* a assistência provida nos hospitais psiquiátricos especializados públicos (Mosher e Burti⁽⁵⁾, p. 213 a 233). Mesmo assim, a reforma italiana tem assistido a crescente mobilização de familiares de usuários de serviços psiquiátricos, organizados atualmente em associações de âmbito nacional, que a princípio tenderam a uma posição de reivindicação de reformas na lei, mas que recentemente estão tendendo a reivindicar profundas mudanças na provisão de serviços públicos capazes de aliviar o peso do cuidado a seus membros. Esta posição tem sido resumida na palavra de ordem "Queremos a normalidade para nós (os familiares), sem o confinamento para eles (seus membros)" (Giannichedda, 1989).

Em outras palavras, a colocação isolada da palavra de ordem contra o manicômio, sem referência a imediata necessidade de criação de serviços intermediários complexos e de formas alternativas de hospitalização, pode induzir uma imagem de desconsideração com a demanda pelo cuidado ao doente mental, provocando um isolamento do movimento antimanicomial principalmente em relação aos usuários, suas famílias, e a opinião pública em geral. Ao mesmo tempo, desconsidera objetivos táticos mais imediatos, que inclusive agregam e unificam um leque maior de suporte político, como por exemplo,

a defesa do hospital psiquiátrico público em circunstâncias de medidas governamentais privatistas que tendem simplesmente ao fechamento ou a volta a formas conservadoras de gestão destes hospitais, como vem ocorrendo nos últimos anos em Belo Horizonte e Rio, por exemplo.

É interessante também apontar aqui para a existência de pelo menos uma tentativa interessante de reforma na lei psiquiátrica brasileira. Um projeto de lei do deputado Paulo Delgado, do PT, vem nesse sentido, propondo a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento pelo setor governamental de novos leitos em hospitais privados. Ao mesmo tempo, propõe mecanismos de controle da admissão compulsória. Este projeto, sem dúvida alguma, merece o nosso apoio. Tenta introduzir no país um passo inicial, em uma estratégia semelhante ao dispositivo italiano, de controle da institucionalização psiquiátrica. Entretanto, vale indicar alguns tópicos importantes na sua discussão. O primeiro diz respeito à tática de introdução de reformas legais no país. Devemos buscar projetos de leis parciais, específicos, como o do deputado Paulo Delgado, ou uma legislação mais global, sustentada em uma discussão mais abrangente da política de assistência psiquiátrica e dos direitos dos usuários de serviços psiquiátricos (e aí o debate pode se iniciar por exemplo com a carta em discussão na ONU), com chances de angariar um maior apoio e passar, e de induzir mudanças mais globais?

Em qualquer das opções, pode ser interessante lembrar que, talvez diferentemente da estratégia italiana, que se centra no cerco ao hospital pela porta de entrada, também seja interessante para o contexto brasileiro (dadas as nossas condições específicas discutidas acima de ausência de alguns pré-requisitos históricos a um processo de desinstitucionalização), estabelecer também controles para procedimentos internos ao hospital psiquiátrico, alguns dos quais assinalados no presente artigo.

Se analisarmos agora de forma mais detalhada o presente projeto, vale lembrar a possibilidade de introduzir alguma forma de garantia de que os recursos financeiros quanto humanos que porventura fossem colocados à disposição tanto pelo fechamento ou pela não construção de novos hospitais especializados, fossem necessariamente encaminhados para os serviços intermediários citados no artigo segundo do projeto de lei. Uma medida semelhante foi introduzida na lei italiana. A experiência norte-americana também tem mostrado que os recursos antes dirigidos aos hospitais são muito "voláteis", e dificilmente se consegue mantê-los dentro da área dos serviços alternativos, já que esses são mais dinâmicos e facilmente desativáveis. Outro ponto que talvez mereça a nossa atenção seja a questão dos mecanismos de controle da admissão compulsória. Creio que a complexidade da questão, como ex-

posta na análise anterior dos tipos de admissão e das diferentes alternativas para mecanismos de controle, possa indicar algumas emendas ao presente projeto, ou a projetos futuros, em caso de uma concentração tática de esforços na aprovação deste projeto, na forma em que está.

De qualquer forma, a questão da legislação psiquiátrica no Brasil me parece uma questão urgente, e a tentativa do presente artigo é de tentar mostrar o leque de tópicos e pontos a serem levados em consideração neste processo, bem como exemplos nas legislações hoje existentes de como enfrentá-los. Apesar da complexidade do assunto, é premente a necessidade de expandir a discussão para todos os interessados, entre os movimentos de trabalhadores da saúde mental, estudantes, grupos de usuários e seus familiares, administradores da assistência, sindicatos, partidos político, etc. Mais uma vez, a experiência italiana demonstrou algo de fundamental neste campo: saúde mental é assunto e bandeira de luta para toda a sociedade, e mudanças efetivas só ocorrem se este processo de mobilização ocorrer.

Summary

Evaluation of the most recent innovations in psychiatric legislation in the international arena – A contribution to the debate on the Brazilian psychiatric law reform

This small essay is a contribution to the present debate on the reform of the Brazilian psychiatric law, as an attempt to systematize the main recent changes in psychiatric legislation throughout the world, concerning administrative issues and services structure, admission and hospital procedures, and users rights. It also includes a further discussion of the specificities of the Brazilian context in the field, with a special focus on the strategy for changes by the reformers movement in the country.

Uniterms: psychiatric law, reform

Referências

- 1. FINCH J. GROVES D – A Labour of Love – Women. Work and Caring London RKP, 1983.
- 2. GIANNICHEDDA MG – A Normality for us Without Confinement for them: Notes on the Associations of Families of the Mentally ill. in The International Journal of Social Psychiatry, Spring, vol. 35. n.º 1. 1989
- 3. INGLEBY D – Mental Health and Social Order, in Scull and Cohen. Social Control and the State. Oxford. Martin Robertson. 1983.
- 4. MANGEN S – Mental Health Care in the European Community, London. Croom Helm. 1985.
- 5. MOSHER LR, BURTIL – Community Mental Health – Principles and Practice. London. Norton and Company, 1989
- 6. NETO AMQ – Família Operária e Reprodução da Força de Trabalho Petrópolis. Vozes. 1982
- 7. SCULL A – Decarceration – Community Treatment and the Deviant Cambridge. Polite Press. 1984.
- 8. SCULL A – Museum of Madness: The Social Organization of Insanity in the Nineteenth-Century England. London, Allen lane. 1979.
- 9. United Nations – Report of the Sessional Working Group on the Question of Persons Detailed on the Grounds of Mental Ill-Health or Suffering from Mental Disorder. 1988
- 10. WARNER R – Recovering from Schizophrenia – Psychiatry and Political Economy London. Routledge and Kegan Paul. 1985.
- 11. WHO – The Law and Mental Health Harmonizing Objectives. Geneva, 1978.

REFORMA PSIQUIÁTRICA E CIDADANIA: O DEBATE LEGISLATIVO*

Pedro Gabriel Godinho Delgado**

Tomando como fio condutor o impacto que a discussão do projeto de lei 3657/89 teve sobre o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, nos dois últimos anos, discutem-se algumas questões implicadas: a cidadania dos doentes mentais, os limites da reforma legal, os novos modelos de cuidado que o projeto de superação do paradigma asilar impõe. Aponta-se a peculiaridade inevitável do estatuto de cidadão do louco, tendo em vista a vigência do dispositivo da tutela, o qual se ancora nos conceitos fundamentais de inimputabilidade (penal) e incapacidade (civil). São sugeridos, dentro da conjuntura brasileira recente, desdobramentos possíveis de uma rede de cuidados que submeta a tradição manicomial à exigência de cidadania dos loucos.

Em 1990 e 1991, um projeto de lei, percorrendo os labirintos do Congresso Nacional, impôs urgência ao debate sobre a natureza das mudanças que a psiquiatria real estava a exigir no Brasil. De onde retirou tal projeto a eficácia em suscitar essa urgência?

Saindo de reunião sobre conjuntura sanitária e as vicissitudes da IX Conferência Nacional de Saúde, ouvi de um docente da área de Saúde Coletiva o que parecia um desabafo: – “Não agüento mais a expressão RESGATE DA CIDADANIA!” Nas argumentações desse campo, Saúde Coletiva, a cidadania costuma ser equiparada a um conjunto de DIREITOS a serem “resgatados” através de política social. Os velhos direitos civis, políticos, sociais, elencados por MARSHAL (1967), que seriam “alargados” (LEITE, 1991), atra-

vés da concessão pelo Estado, ou conquista (“resgate”) pelo movimento social, de certos mecanismos de distribuição igualitária dos bens. Esse, o projeto geral do estado de bem-estar social, com as insuficiências, contradições e limites reais que vêm sendo apontados (OFFE, 1991; VIANNA, 1991). A Reforma Psiquiátrica, entretanto, o que quer que seja que entendamos por tal expressão, será mais que a extensão igualitária de serviços qualificados a doentes mentais pobres: ela – a “Reforma” – tem que se emaranhar obrigatoriamente em sua especificidade irrecorrível: que tipo de cidadão é louco.

Este artigo pretende comentar tal especificidade, na perspectiva do debate em torno do projeto de lei Paulo Delgado, que está na pauta de votação do Senado Federal neste início de 1992.

(*) Versão revista de intervenção na mesa-redonda “Reforma Psiquiátrica e Cidadania”, organizada pela ABRASCO na 43ª Reunião Anual da SBPC, Rio de Janeiro, Campus da UFRJ, 17/07/91.

(**) Psiquiatra, professor da Faculdade de Medicina da UFRJ (Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental do HUCCF), consultor da COEP/Colônia Juliano Moreira.

Penso que há três ordens de problemas suscitados pela articulação cidadania/loucura/reforma psiquiátrica. Primeiro, as questões relativas ao modelo de cuidado, suas tecnologias, administração e equidade. Segundo, a questão do cidadão louco, sua condição de sujeito dos direitos civis. Terceiro a relação loucura/justiça penal, ancorada nos conceitos fundamentais de periculosidade e inimizabilidade. Questões heterogêneas, que não podem ser tomadas apressadamente como se formassem um conjunto, sob pena de confusões conceituais e legislativas.

O primeiro aspecto é a reforma em si, o rearranjo dos serviços, modelos e métodos de atendimento "médico" aos doentes mentais.

Ela engloba a democratização interna dos serviços, universalização e equidade, como na reforma sanitária em geral, mas tem que incluir o desenho e experimentação de novo modelo de serviços, que tenha a "cidadania" do paciente psiquiátrico como premissa fundamental. É mais, portanto, que a extensão equitativa de recursos "modernos" de atendimento, pois implica a necessária ruptura com o paradigma manicomial.

O segundo aspecto refere-se ao cidadão louco, esta contradição em seus próprios termos, verdadeiro paradoxo, se tomarmos a existência do direito na pólis pelo paradigma da razão, do qual o louco está fora, alienado. Na origem da expressão "loucos de todo gênero", ainda hoje conservada em nosso Código Civil, existe a concepção de algo que unifica os vários gêneros de loucos: mais precisamente, as diversas espécies do gênero loucura: unifica-as a diferenciada responsabilidade diante do contrato social. As variações de grau ("parcial" ou "totalmente" responsáveis ou capazes) reportam-se a um mesmo elemento. O cível não pode ser alienado da razão.

De fato, o louco é um pouco como o estrangeiro - aliás, "alienus" - na cidade antiga: este não podia ali ser "proprietário, nem herdar, nem testar, nem fazer contrato de espécie alguma, nem aparecer perante os tribunais ordinários dos cidadãos (...) não podia casar-se ou, pelo menos, não lhe reconheciam esse casamento"... "seus filhos eram considerados bastardos". No clássico de Foustel de Coulanges, **A Cidade Antiga** (COULANGES, 1975, págs.154 e 157), tal des-

crição não é dramática, nem paradoxal. "Excluir o estrangeiro será 'velar pelas cerimônias sagradas'", nas palavras que Coulanges atribui ao ateniense Demóstenes (pág. 156) e, do mesmo modo que para o simples servo, havia uma pátria distante ou liberdade futura como referência. O que está descrito acima para Roma e Atenas aparece, entretanto, como transcrição literal do código civil da cidade moderna, onde estrangeiros, cidadãos obrigatoriamente tutelados, não-cidadãos, cidadãos-paradoxais, são os "loucos de todo o gênero". Na terra-de-ninguém do estatuto de incapacidade civil - o art. 5o. do Código brasileiro atual - fazem-lhe companhia, em solidão trágica, os "silvícolas", os "menores" e os "pródigos".

**“Não sendo culpável
("imputável"), o
louco não pode ser
punido, mas
pode ser confinado para
objetivos terapêuticos,
nos manicômios
judiciários”**

O terceiro aspecto, do louco no Direito Penal, mostra relação de continuidade com a questão anterior, relativa à capacidade civil. Há uma frase do psiquiatra Maudsley muito apreciada pelos juristas: "quem é louco, o é até a ponta dos dedos" (Apud PIEDADE-Jr., 1982). A afirmação enfática da autoridade médica costuma ser citada para combater o conceito de "semiculabilidade", que tomou longas laudas de peritos e juizes até a última reforma do Código Penal, quando se suprimiu tal categoria, no que respeita aos loucos. A referência à ponta dos dedos é precisa metáfora da ação criminosa, e o tom da frase exprime eloqüentemente a idéia de periculosidade do louco infrator. Não sendo culpável ("imputável"), o louco não pode ser punido, mas pode ser confinado para objetivos terapêuticos, nos manicômios judiciários.

Ora, a não culpabilidade do louco infrator tem tido dois tipos de consequência distintos: a prisão perpétua nos manicô-

mios judiciários para os loucos pobres, como regra; ou a impunidade para maridos homicidas, como exemplo de regularidade. Mas não se trata apenas da incompetência e parcialidade da justiça em sociedades autoritárias: interessa-nos mais uma vez o paradoxo: de um crime não ser crime, porque o sujeito que o cometeu não é sujeito para a norma legal. Do estudo de Carrara, de 1988, sobre a questão (CARRARA,1988), importa lembrar, na biografia de Custódio - o louco delinqüente que diversas vezes fugiu do Hospício Nacional de Alienados da Praia Vermelha para apresentar-se à Delegacia de Polícia, reivindicando o direito de ser reconhecido como criminoso - o gesto significativo e atordoado de quem não se vê incluído no mundo da Cidade, na comunidade dos sujeitos.

São três questões bastante diversas. portanto: qual a qualidade e a natureza do atendimento que será prestado ao cidadão mentalmente enfermo; em que sua condição de louco afeta seus atributos específicos de cidadania, isto é, seus direitos políticos e civis; finalmente, de que maneira particular se organiza a fração legitimamente repressiva do Estado quando esse tipo especial de cidadão pratica atos contrários à Lei e ao Direito. O projeto Paulo Delgado intevém na primeira questão, a do modelo assistencial, imprimindo nela uma mudança pronunciada e radical de rumo; - apenas como efeito indireto, induz mudanças também na questão dos direitos civis do paciente psiquiátrico, regulamentando seu direito essencial à liberdade, no caso do tratamento obrigatório; e não se propõe tratar do terceiro aspecto, aquele da responsabilidade criminal e dos manicômios judiciários.

Por serem questões tão diversas, devem ser tratadas separadamente, o que não foi feito pela legislação ainda em vigor, o decreto no. 23.559, de 03 de julho de 1934. Uma das razões da obsolescência pelo desuso da lei de 1934 está em suas gritantes contradições e ambigüidades, diretamente resultantes de sua pretensão de abarcar o mundo (a assistência, a proteção à pessoa e aos bens, a internação judicial... dos alienados) com as penas de seus 34 artigos, 48 parágrafos e incontáveis incisos. Estudando o problema desde o ponto de vista das tendências internacionais, VASCONCELLOS (1990) registra a semelhança da lei de 1934 com outras, no Terceiro Mundo, anteriores aos

anos 50, e centradas nos pressupostos da hospitalização indeterminada e da proteção-pela-cassação dos direitos e bens. Ainda como tendência, identifica a alternância de modelos legislativos globalizantes e parciais, depois dos anos 50. A célebre lei 180, de 13 de maio de 1978, constitui, a nosso ver, um exemplo intermediário, já que, além de regulamentar o "tratamento sanitário voluntário e obrigatório", modifica o Código Penal, suprimindo as palavras "DI ALIENATI DI MENTI" no artigo da lei relativo a periculosidade. Já o projeto 3657/89 (08/91 no Senado Federal) propõe uma lei pontual, indicativa e restrita, para atender aos imperativos estratégicos da reforma brasileira.

ESTRUTURA DO PROJETO DE LEI

a) Deter a Expansão dos Leitos Manicomiais

O projeto parte de um diagnóstico já consolidado no campo da administração pública dos serviços de saúde mental: o de que o crescimento desordenado da oferta de internações psiquiátricas gratuitas, ao longo da segunda metade dos anos 60 e até o terceiro quarto da década de 70, torna-se o principal obstáculo para a implantação de programas assistenciais mais competentes (INPS, 1973; INAMPS/CONASP, 1982; MS/DINSAM, 1983; CERQUEIRA, 1984). No dia 14 de novembro do ano passado, peritos da OMS, reunidos com várias entidades científicas do campo da saúde mental e saúde coletiva (incluída aí a World Psychiatric Association), para discutir a assistência psiquiátrica na América Latina, concluíram que:

"a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva."

E mais:

"a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços."

Além das recomendações de que "a internação psiquiátrica, quando necessá-

ria" seja feita em hospitais gerais e outros serviços, e de que os "tratamentos fornecidos" devam "salvaguardar", invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis" dos pacientes, o documento final da Conferência de Caracas estende tal "recomendação à necessária reforma legal a ser implantada em tais países" (OPS/OMS, 1990). Não é outro o mandamento inicial do projeto de lei:

Art 1º – Fica proibida, em todo o território nacional a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico.

Ele proíbe a **expansão** da rede de

"A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva"

leitos financiados pelo Estado. Não os desativa; não impede as internações; não interfere em procedimentos técnicos tais como a alta médica. Estabelece uma norma de política pública; fixa uma diretriz técnica (o eixo do atendimento são os recursos extra-hospitalares) e estabelece uma prioridade no uso de recursos financeiros governamentais. Este artigo recebeu duas emendas, estabelecendo situação de excepcionalidade ("onde não existir recurso extra-hospitalar"), subordinada a lei específica. Resultado de negociação, as emendas permitiram a aprovação do projeto na Câmara do Deputados sem perda de sua eficácia, e foram aceitas pelo movimento social que apoia a lei.

b) Um Novo Tipo de Cuidado

Os doentes mentais graves não serão mais internados? Essa indagação está pré-

sente em todos os debates sobre o projeto, e é o ponto central dessa questão.

Presenciei em Santos uma estranha discussão. Uma estrutura experimental, situada no mesmo prédio do Centro Municipal de Saúde, acolhe há dois anos a provável totalidade dos pacientes psiquiátricos graves de uma circunscrição urbana com cento e dez mil habitantes. É um serviço aberto, baseado em intensa e contínua intervenção psicoterápica e uso criterioso de medicação, com participação permanente de familiares e vizinhos. A maior parte de seus trinta funcionários (2/3 técnicos de enfermagem) dispense igual ou maior tempo de atividades fora do Núcleo, na rua e em visitas domiciliares e a locais de trabalho. São mais de cem pacientes terapêuticamente implicados de forma permanente. Sim, é preciso que eles tenham um lugar específico de acolhimento, mas não que esse lugar terapêutico os confine. Por que tal tipo de "estrutura intermediária" (GOLD-BERG, 1990) vem se consolidando? Porque as pessoas gostam do que fazem, sim. Mas também porque a administração pública, através da intervenção no manicômio do município, passou a deter o controle técnico e político das internações.

Mencionei uma estranha discussão. É que se levantou o argumento de que aquele serviço ainda assim praticava uma forma de exclusão social, já que era um espaço específico, discriminando, para o cuidado do paciente psicótico. Pensei nas observações do Castel dos anos 70, acerca das "novas fronteiras da medicina mental" (CASTEL, 1980), mas não era da crítica do intervencionismo social da psiquiatria que partia tal argumento. (Numa reunião do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, em 1979, Franco Basaglia fulminara essa preocupação, dizendo a um de nós para "não ser mais realista que o rei", já que só tínhamos por aqui manicômios). Mas, naquela querela em Santos, o que parecia estar se pedindo era uma ampliação **ad infinitum**, um esgarçamento total dos limites do terapêutico, um tratar na e com a comunidade. Lembrou-se um retorno à matriz preventista radical, apesar da aparência em contrário. A psiquiatria preventiva, como sabemos, atravessou suave os anos 70 no Brasil, sem produzir qualquer impacto sobre a segregação asilar, o bem-estar dos pacientes e as curvas de prevalência e incidência.

Ora, tornar política pública a retração do aparato manicomial significa, pois, investir em novos espaços de acolhida, em estruturas intermediárias, em promoção social dos pacientes. Em um novo desenho do dispositivo de cuidado, sem dúvida.

“Um novo desenho do dispositivo de cuidado”. Citei a Conferência de Caracas, referi algumas das principais análises sobre os impasses do modelo assistenciais brasileiro. Fui cúmplice de alguns deles, e espero o beneplácito da imputabilidade. Vocês conhecem o planejamento, seja em saúde ou economia: ele é sempre triunfante, sulca planilhas como se sulcasse a realidade. Falei de “um novo desenho do dispositivo de cuidado”. Só essa frase já é meio... planejante. Mais que prevê, impõe o futuro, com a mesma certeza com que na perícia o psiquiatra forense projeta ações perigosas futuras do louco infrator. Tenho examinado um argumento: o de que todas as experiências consolidadas (ou quase), vivas, estimulantes, eficazes, terapêuticas, de cuidado da psicose têm sido implantadas apesar da planificação, ou contra a planificação. Ah, sim, não me acenem com o adjetivo *estratégico* justaposto a planejamento. Não me será suficiente. Fomos todos “*estratégicos*” nesses planos que mencionei. Estamos sendo diabolicamente estratégicos no projeto de substituição gradual dos manicômios. O que insinuo, o medo, é outra coisa. No limite, é o paradigma do planejamento-administração, bem como o da cura-custódia, e o da normalidade, que estarão sendo gradualmente substituídos. E isso é um enorme problema. Um brutal desconforto. Porque a planificação triunfante não é substituível pelo triunfo da ingenuidade. Um novo “*desenho*” sim, a ser constituído com rigor: um enorme problema para todos nós.

O projeto de Lei nos facilitará tal ousadia.

c) A Nova Rede e seus Nomes Compostos

O art. 2º. indica os instrumentos de planificação descentralizada tendentes a consolidar os recursos alternativos ao hospital já existentes, e construir novos, na perspectiva de um sistema público, unificado, democrático de saúde.

Art. 2º – As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comis-

sões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomial de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centro de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial.

“Qual a diferença entre um lar abrigado e um centro de convivência?”, telefona aflita minha amiga, na véspera de uma mesa-redonda sobre hospital-dia e quejandos. O que os distingue? Sua história. Acaso não nos leva Lar Abrigado à saga ainda recente dos companheiros e pacientes do Juqueri? – Ah, então são

“Projeto Paulo Delgado: Sua radicalidade está em ser gradual e cauteloso”

como os Módulos da colônia de Barbacena? Claro que não: só pode ser outra a história que introduz no asilo este extravagante proparoxítono. A Vila de Ex-Pacientes em Jacarepaguá é uma modalidade terapêutica? Ou: como seria uma CAPS longe da Avenida Paulista?

São experiências inventadas dia a dia, que reivindicam nomes próprios e intransferíveis, e querem invadir a planilha dos administradores da saúde:

§ 1º. As administrações regionais disporão do tempo de 1 (um) ano, a contar da data da aprovação desta Lei, para apresentarem às comissões de saúde do poder legislativo, em seu nível, o planejamento e cronograma de implantação dos novos recursos técnicos de atendimento.

A criação dos Conselhos Regionais de Reforma Psiquiátrica, que no Parágrafo 3º. prevê, fornecerá o instrumento para a instauração de um processo gradual, participativo, democrático, que se fará no tempo que as realidades locais exigirem.

Apenas até aí vai o, quanto à reforma psiquiátrica. Na definição de uma política, e na instauração mais ampla de um processo que já se iniciou localizadamente. Sua radicalidade está em ser gradual e cauteloso.

Será uma lei federal, que sustente uma diretriz de saúde pública: não pretende ser norma técnica, regulamentação de serviços, fixação de dispositivos de avaliação e controle. Sim, tem que ser federal, justamente em nome do princípio federativo. No já mencionado estudo de Vasconcellos (1990), que integrará sua tese de doutorado na London School of Economics and Political Science, fica demonstrada a característica federal de tais disposições, para permitir que as legislações estaduais tenham um pressuposto comum. Assim é nos Estados Unidos, paraíso triunfante do federalismo, e não só no caso da saúde mental ou da legislação sanitária em geral (cf. VASCONCELLOS, *op.cit.*).

d) O Fim das Internações Anônimas

Resta o terceiro e último dispositivo do projeto: a regulamentação da internação involuntária, sustentáculo da legitimidade jurídica do dispositivo asilar.

Art. 3º – A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver.

§ 1º. Define-se como internação psiquiátrica compulsória aquela realizada sem o expresso desejo do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde sendo responsabilidade do médico autor da internação sua caracterização enquanto tal.

O artigo determina a comunicação à autoridade judiciária, nas internações contra a vontade do paciente, a *posteriori*. Trata-se de medida elementar de defesa do direito político de ir e vir, presente com variações, na legislação de diversos países (VASCONCELLOS, 1990; ONU, Comissão de Direitos Humanos, 1991; ITÁLIA, Senado della Repubblica, Servizio Studi, 1991a, 1991b, 1991c). O próprio decreto de 1934 preocupa-se com a questão, insinuando uma “*Comissão Inspetora*”, composta de um Juiz de Direito, um curador, e um psiquiatra do quadro da Divisão de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental (art.32).

Por que a internação involuntária, um ato de violência às vezes necessário, não deve ser regulamentada? Por conta da “*imagem social psiquiatra*”, segundo argui o Editorial de uma revista de psiquiatria da UERJ (**Informação Psiquiátrica**,

1991)? A relação numérica entre internações voluntárias e involuntárias tem sido utilizada como indicador da boa qualidade e resolutividade de redes assistenciais (MANGEN, 1985 apud VASCONCELLOS, op.cit.). Um serviço eficaz e integrado tende a produzir uma diminuição das internações involuntárias. Em uma recente greve de transportes no município de São Paulo, um paciente (psicótico, com mais de duzentas internações) caminhou mais de vinte quilômetros para participar de sua programação terapêutica no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde ficaria apenas algumas horas. Em boa parte das vezes, o caráter involuntário da internação deve-se à incompetência em lidar com elementos técnicos da situação terapêutica, que poderão definir a adesão voluntária ao tratamento.

Retornemos à questão inicial, o "resgate da cidadania". Um juiz da Vara de Órfãos e Sucessões declarou recentemente, num curso denominado CIDADANIA E LOUCURA (Instituto Franco Basaglia, 1990), que as interdições civis - de que não trata o projeto legislativo que estamos comentando - têm aumentado significativamente entre as populações de municípios da periferia do Rio de Janeiro. O instrumento que alavanca a perda dos direitos civis é a internação compulsória nos inumeráveis hospícios remunerados pela Previdência Social, dos grande centros urbanos. Não se trata, pois, de matéria que afete apenas a fração endinheirada dos personagens da novela das oito. É um dispositivo autoritário, aniquilador dos direitos civis, que vem sendo crescentemente utilizado pelas populações pobres. Estamos, portanto, falando de violência explícita, algo da mesma natureza dos problemas de uma Delegacia de Mulheres. Não existe qualquer conflito com a internação compulsória necessariamente executada, criteriosa nos casos psicóticos de difícil manejo, entretanto, o artigo tem servido para que o adversário orgânico do projeto de lei, a Federação Brasileira de Hospitais, instrumentaliza a oposição corporativa de alguns psiquiatras, apesar do apoio enfático de seu órgão de representação, como a Associação Brasileira de Psiquiatria.

A REFORMA EM PROCESSO

São esses os três dispositivos do projeto de substituição gradativa dos mani-

cômios, submetido ao Senado Federal, depois de aprovado na Câmara dos Deputados, em 14 de dezembro de 1990. Ele foi apresentado no final de 1989, e em dois anos de tramitação riscou de alto a baixo a psiquiatria brasileira. Teve a oposição sistemática da federação dos proprietários de hospitais; seu debate entre familiares fez surgirem repentinas entidades nacionais de defesa dos pacientes, mas igualmente fortaleceu as que já existiam, e apoiaram o projeto; clips alarmistas frequentaram os canais de televisão, mas vários programas de rádio e TV e matérias de jornais lhe foram entusiasmaticamente favoráveis. Enfrentou a resistência de alguns setores técnicos que defendiam uma legislação-ônibus, como

“Em boa parte das vezes, o caráter involuntário da internação deve-se à incompetência em lidar com elementos técnicos da situação terapêutica, que poderão definir a adesão voluntária ao tratamento”

a de 1934. A academia dividiu-se, em matéria-paga contrária distribuída à imprensa, que permite um interessante mapeamento de psiquiatria universitária no Brasil, contraposta a listas infindáveis de apoios. O projeto Paulo Delgado foi um catalizador exuberante, pois trouxe à cena viva do país um intensíssimo debate antes subterrâneo.

Enfim, trata-se de etapa bastante significativa do movimento de humanização e reforma do atendimento em saúde mental no Brasil. No limite, a utopia da "sociedade sem manicômios" tem seus correspondentes nas diversas lutas pelos direitos civis e pela liberdade. E somos obrigados a continuar brandindo como lemas expressões desgastadas, estropiadas, porém urgentes, como "resgate da cidadania". Talvez eu discorde apenas do "resgate", porque supõe a recuperação de alguma coisa que nunca se possuiu de fato.

BIBLIOGRÁFICAS

- CARRARA, Sérgio. **Crime de loucura**. Dissertação de mestrado. Museu Nacional/UFRJ, 1987.
- CASTEL Robert. Rumo às novas fronteiras da medicina mental. in FIGUEIRA, S. (org.) **Psicanálise e Ciências Sociais**. Rio, Francisco Alves, 1980.
- CERQUEIRA, Luiz. **Psiquiatria social. Problemas brasileiros de saúde mental**. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 1983.
- COULANGES, Foustel de. **A cidade antiga**. Hemus, São Paulo, 1975 (original francês de 1864).
- DECRETO n° 23.559, de 03 de julho de 1934.
- GOLDBERG, Jairo. **Centro de atenção psíquica: uma estratégia. Cadernos do NUPSO**, ano II, no. 3, jan-jun/1989 (impresso maio 1990).
- INAMPS/CONASP. Programa de reestruturação da assistência psiquiátrica no âmbito da Previdência Social. Rio de Janeiro, 1982.
- INPS. **Manual de Serviços para Assistência Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, 1973.
- INSTITUTO FRANCO BASAGLIA. Curso "Cidadania e Loucura". Aula 3: Conceito de Capacidade Civil; interdição e Curatela. 18/09/90. Professor: Juiz de Direito Eduardo Sócrates Sarmento.
- ITÁLIA. SENATO DELLA REPUBBLICA (1991a). La legislazione straniera in materia di salute mentale (Danimarca, Finlândia, Noruegia, Svezia). Marzo, 1991.
- ITÁLIA. SENATO DELLA REPUBBLICA (1991 b). La legislazione straniera in materia di salute mentale (Grecia, Portugal, Spagna). Luglio, 1991.
- ITÁLIA. SENATO DELLA REPUBBLICA (1991c). La legislazione straniera in materia di salute mentale (Regno Unito). Gennaio, 1991.
- ITÁLIA. SENATO DELLA REPUBBLICA. Legge 90-527 del 27 giugno 1990 relativa ai diritti ed alla protezione delle persone ospedalizzate per motivi di salute mentale (Francia). Settembre, 1990.
- LEGGE 13 maggio 1978, n.180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.
- LEITE, Márcia S.P. Políticas sociais e cidadania. **PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva**, Vol. 1 no. 1, 1991, 117-131.
- MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Zahar Editores, Rio, 1967.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da DINSAM**. Brasília, 1983.
- OFFE, Claus. Algumas contradições do Estado Social moderno. **Trabalho e sociedade. Problemas estruturais a perspectivas para a sociedade do trabalho**. Vol II, "Perspectivas". Ed. Tempo Brasileiro, Rio, 1991, 113-131.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comisión de Derechos Humanos. Informe del grupo de trabajo sobre los principios para la protección de las personas que padecen enfermedades mentales y para el mejoramiento de la salud mental. 5 de febrero de 1991, New York.
- PIEADADE Júnior, Heitor. **inimputabilidade, semi-imputabilidade e medida de segurança**. Rio, Forense, 1982.
- PROJETO DE LEI 3.657, de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.
- VASCONCELLOS, Eduardo. Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional. Uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil.
- VIANNA, Maria Lucia T.W. Notas sobre política social. **PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva**, Vol.1, no.1, 1991, 133-159.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

fone: (061) 314-6451

fax: (061) 225-6458