



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

ISABEL MARIA SALUSTIANO ARRUDA PÔRTO

**A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM
FORTALEZA, CEARÁ: CONTEXTO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS.**

**FORTALEZA – CEARÁ
2010**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

ISABEL MARIA SALUSTIANO ARRUDA PÔRTO

**A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM FORTALEZA,
CEARÁ: CONTEXTO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Políticas e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

**FORTALEZA – CEARÁ
2010**

Universidade Estadual do Ceará
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Título do Trabalho: A IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM
FORTALEZA, CEARÁ: CONTEXTO, DESAFIOS E PERSPECTIVAS.

Autora: Isabel Maria Salustiano Arruda Pôrto

Fortaleza, 22 de dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio – Presidente
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profa. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profa. Dra. Cleide Carneiro
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Ao meu único e amado filho, Paulo da Silva Porto Neto, com o propósito de que, na qualidade de operador do Direito, tenha a sua sensibilidade aguçada e abrace a causa da luta pela cidadania integral e plena dos portadores de transtornos mentais.

Aos portadores de transtornos mentais que, por vezes anônimos e esquecidos nos labirintos dos hospitais psiquiátricos, têm, em alguns casos, vilipendiados os mais elementares direitos da pessoa humana e veem diluir-se a vida sem a perspectiva de usufruí-la condigna e integralmente.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual do Ceará, pelo empenho e cuidado na organização do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, propiciando o debate interdisciplinar e o aprofundamento científico na área de concentração do curso.

À Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge e ao Prof. Dr. Ernani Vasconcelos, pelo incentivo e colaboração a mim dispensados para o enfrentamento de compatibilizar o direito com a saúde mental e encontrar seus pontos de interseção.

Ao eminente Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio, meu orientador, de reconhecida capacidade intelectual, que possibilitou, com sua análise crítico-científica e profunda sensibilidade, permitir-me ultrapassar as dificuldades decorrentes da compatibilização de minha atividade profissional e a realização das árduas tarefas deste trabalho de pesquisa científica.

À Prof^a. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes, pelo cuidado e pela atenção prestimosa a mim dispensada, sempre dando incentivo à finalização do processo de trabalho.

À Prof^a. Dra. Cleide Carneiro, professora amiga que, com a sua elegância de trato e sapiência acadêmico-científica, teve a paciência de me conduzir nesta empreitada, dando o aconselhamento necessário durante o caminho perseguido.

À Michele de Souza Santana, pela dedicação e competência em todas as horas difíceis do meu cotidiano profissional, deste e de outros trabalhos.

À Amanda Coriolano Pinheiro, Antônia Rochele Rodrigues Feitosa e Paula Peixoto Itaboray, pelos inolvidáveis préstimos na condução da pesquisa realizada.

“Não há só a rede de relações sociais. Existem as pessoas concretas, homens e mulheres. Como humanos, as pessoas são seres falantes; pela fala constroem o mundo em suas relações. Por isso, o ser humano é, na essência, alguém de relações ilimitadas. O eu somente se constrói mediante a dialogação com o tu, como o viram psicólogos modernos e, anteriormente, filósofos personalistas. O tu possui uma anterioridade sobre o eu. O tu é o parceiro do eu.”

“Mas o tu não é qualquer coisa indefinida. É concretamente um rosto com olhar e fisionomia. O rosto do outro torna impossível a indiferença. O rosto do outro me obriga a tomar posição porque fala, provoca, e-voca e con-voca. Especialmente o rosto do empobrecido, marginalizado e excluído.”

“O rosto possui um olhar e uma irradiação da qual ninguém pode subtrair-se. O rosto e o olhar lançam sempre uma proposta em busca de uma resposta. Nasce assim a responsabilidade, a obrigatoriedade de dar respostas. Aqui encontramos o lugar do nascimento da ética que reside nessa relação de responsabilidade diante do rosto do outro, particularmente do mais outro que é o oprimido. É na acolhida ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com o rosto do outro que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e se decidem as pendências de dominação ou de cooperação.”

“Cuidar do outro é zelar para que esta dialogação, esta ação de diálogo eu-tu, seja libertadora, sinérgica e construtora de aliança perene de paz e de amorização.”(BOFF, 1999).

“Odeio os indiferentes. Como Friederich Hebbel acredito que viver significa tomar partido. Não podem existir os apenas **homens**, estranhos à cidade. Quem verdadeiramente vive não pode deixar de ser cidadão e partidário. Indiferença é abulia, parasitismo, covardia, não é vida...

...Odeio os indiferentes também, porque me provocam tédio as suas lamúrias de eternos inocentes. Sou militante, estou vivo; sinto nas consciências viris dos que estão comigo pulsar a atividade da cidade futura que estamos a construir”.

RESUMO

PORTO, Isabel Maria Salustiano Arruda. **A Implementação da Reforma Psiquiátrica em Fortaleza, Ceará: contexto, desafios e perspectivas.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará – UECE.

Trata-se de pesquisa qualitativa e descritiva, com perspectiva histórica, fundamentada em estudo referente à análise da implementação da Política de Saúde Mental no Município de Fortaleza-CE, no contexto do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, com recorte no período 2001/2008. Por primeiro, cuidou-se de delimitar o objetivo geral da pesquisa, considerando-se a implementação da Lei nº 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira), na conjuntura da atenção à saúde mental vigente no Município de Fortaleza-CE, tendo-se em perspectiva a saúde mental como direito constitucional e legal, além de se traçar esboço de comparação histórica com a reforma psiquiátrica em andamento no Brasil e no Ceará. Em termos de objetivos específicos da pesquisa, estabeleceu-se o exame da intervenção do Ministério Público no campo da saúde mental, tomando-se por princípio o conceito jurídico de saúde e a defesa dos direitos de liberdade e da dignidade da pessoa humana; fixou-se o histórico da reforma psiquiátrica no Município de Fortaleza, no recorte temporal 2001/2008; bem como se procurou oferecer contribuição ao aperfeiçoamento da reforma em referência na Capital do Estado do Ceará. Como metodologia da pesquisa, utilizou-se da análise bibliográfica e dos dados obtidos através de entrevistas, cujos participantes foram Gestores da Saúde (GS), Coordenadores de CAPS (CC), membros do Controle Social (CS) e Dirigentes Hospitalares (DH). No Capítulo I, a abordagem foi construída por meio do conceito jurídico de saúde na Constituição Federal de 1988 e do conceito constitucional de relevância pública na saúde, com a preocupação de abrir espaços para a interdisciplinariedade das questões, ora do ponto de vista da saúde, ora do ponto de vista jurídico. Entendeu-se pertinente discorrer sobre as internações psiquiátricas e a segregação dos indivíduos, na órbita da defesa dos direitos e da dignidade da pessoa humana, trazendo à luz, também, o entendimento jurídico a respeito dos institutos da capacidade e da incapacidade no contexto do Direito Civil e da vida. Foi, também, objeto de apreciação a intervenção do Ministério Público na tutela do direito de liberdade frente às internações psiquiátricas involuntárias. No Capítulo II, apresentou-se retrospectiva histórico-social sobre o movimento de assistência psiquiátrica no Brasil, no Ceará e em Fortaleza, trabalhando a contextualização da Lei nº 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica). E, finalmente, no Capítulo III, explicitou-se a análise da fala dos sujeitos, levando-se em consideração a recorrência à luta antimanicomial, como substitutivo do rigor, e a explicação das precariedades. Do conjunto da pesquisa, restaram apresentados os desafios a serem enfrentados pelos diversos setores, para que ocorra o aperfeiçoamento da reforma psiquiátrica no município de Fortaleza, com as recomendações direcionadas ao Poder Público, aos Profissionais de Saúde e à Sociedade.

Palavras-chave: saúde mental, serviços de saúde mental, Reforma Psiquiátrica, cidadania, direitos humanos.

ABSTRACT

PORTO, Isabel Maria Salustiano Arruda. **Psychiatric Reform implementation in the district of Fortaleza, Ceará: context, challenges and perspectives.** Dissertation (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará.

This is a qualitative and descriptive research, with historical perspective, grounded in study about the analyses of mental health politics in the city of Fortaleza, in the context of Brazilian Movement of Psychiatric Reform, period 2001/2008. At first, the concern was to delimit the general objective of the research, considering the implementation of the Law No 10.216/01 (Brazilian Psychiatric Reform Law), in the conjuncture of health mental attention in the district of Fortaleza, in order to view the mental health as a constitutional and legal right, and also outline the historical comparison with the psychiatric reform running in Brazil and in Ceará. As specific objectives of the research, it was fixed the exam of the Public Ministry (or State Public Prosecutor) intervention in the field of mental health, bringing health juridical concept and the defense of the liberty and dignity rights of the human being; it was assigned the psychiatric reform historical in the district of Fortaleza, period 2001/2008; as well as it was considered important to offer contribution in order to improve the mentioned reform in the state capital of Ceará. As a research methodology, it was used the bibliographical analyses and data obtained from interviews with health managers, CAPS coordinators, members of the social control and hospital managers. In Chapter I, the course of action was built by giving the health juridical concept according to the Federal Constitution of 1988 and also the constitutional concept of public relevance in health, with the concern to open spaces for the inter-disciplinary involvement of the questions, both in the health view and in the juridical view. It became understood that was appropriate discourse about the psychiatric confinements and individual segregations in the perspective to defend the rights and dignity of the human being, by also bringing to light the understanding about the institutes of capacity and incapacity in the context of the Civil Law and life itself. It was likewise object of appraisal the Public Ministry intervention for the protection of the liberty right, due to involuntary psychiatric confinements. In Chapter II, It was shown a social-historical retrospective about the psychiatric assistance movement in Brazil, in Ceará and in Fortaleza, in view of the Psychiatric Reform Law (No 10.216/2001). And finally, in Chapter III, it took place the analyses of the speeches, taking into consideration the fight for no more psychiatric confinement in mental hospital, as a substitutive for the rigidity, and the explanations of precariousness. As a result of the research, came up the challenges to be faced by the different sectors, so the psychiatric reform in the district of Fortaleza can be improved, with the recommendations to the Public Power, to the workers in the health system and to the society.

Key-words: mental health, mental health services, psychiatric reform, citizenship, human rights.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CC	Coordenações de CAPS
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRUPI	Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias
CS	Controle Social
DH	Dirigentes de Hospital
GM	Gabinete do Ministro
GS	Gestor da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1. Objetivo Geral.....	18
2. Objetivos Específicos.....	18
TRATAMENTO METODOLÓGICO	19
1. Desenho geral da pesquisa.....	19
2. Procedimentos de investigação.....	20
2.1. Levantamento da produção científico-literária sobre o tema.....	21
2.2. Levantamento documental.....	22
2.2.1. No âmbito federal:.....	22
2.2.2. No âmbito do Estado do Ceará.....	23
2.2.3. Portarias do Ministério da Saúde.....	23
2.2.4. Portarias da Secretaria de Assistência à Saúde/MS.....	25
2.2.5. Resoluções e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde.....	25
2.2.6. Conferências.....	25
3. Instrumento de coleta de dados.....	25
4. O campo da pesquisa.....	27
5. Análise interpretativa.....	31
6. Dimensão ética da pesquisa.....	33
CAPÍTULO I - SAÚDE MENTAL, DIREITO SOCIAL E INTERVENÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO	34
1. O conceito jurídico de saúde na Constituição Federal de 1988.....	34
2. O conceito constitucional de relevância pública na saúde.....	38
3. As internações psiquiátricas e a segregação dos indivíduos – a questão da defesa dos direitos e da dignidade da pessoa humana.....	41
4. A capacidade e a incapacidade à luz da lei civil e do contexto de vida.....	51
5. A intervenção do Ministério Público na tutela do direito de liberdade frente às internações psiquiátricas involuntárias.....	59
CAPÍTULO II - HISTÓRICO E SIGNIFICADO DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL, NO CEARÁ E EM FORTALEZA	64
CAPÍTULO III – RELATO DOS SUJEITOS: A RECORRÊNCIA À LUTA COMO SUBSTITUTO DO RIGOR E EXPLICAÇÃO DAS PRECARIIDADES	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	125

1. Considerações Gerais.....	125
2. Conclusões.....	126
3. Recomendações.....	129
REFERÊNCIAS.....	132
ANEXOS.....	137
ANEXO A – CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	137
ANEXO B – LEI Nº 10.216, DE 06 DE ABRIL DE 2001.....	143
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CARACAS.....	145
ANEXO D – PORTARIA MS/GM Nº 2.391, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2002.....	147
ANEXO E – PORTARIA MS/GM Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.....	154
ANEXO F – LEI Nº 12.151, DE 29 DE JULHO DE 1993.....	161

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem o propósito de analisar o processo de reforma psiquiátrica no Município de Fortaleza, avaliando os desafios que devam ser implantados nos serviços de saúde mental, merecedores de enfrentamento pelo Poder Público, pela sociedade, pelos profissionais de saúde mental, pela família dos portadores de transtorno mental e pelo Ministério Público Estadual.

A motivação para o tema decorre da minha atuação profissional, na qualidade de Promotora de Justiça, titular da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, órgão de execução do Ministério Público do Estado do Ceará, criada pela Lei nº 13.195, de 10 de janeiro de 2002, combinada com a Lei Complementar de 14 de julho de 2006, com atribuições, dentre outras, de acompanhar a política de saúde mental e os problemas de atendimento hospitalar e extra-hospitalar enfrentados pelos portadores de transtornos mentais no Município de Fortaleza, levando-se em consideração a rede de atendimento público e privado e o contexto da sociedade contemporânea.

Assim, algumas questões realçam a problemática da atenção à saúde mental e a atuação do Ministério Público brasileiro, porquanto se vislumbra, de plano, que os serviços estão aquém do esperado para garantir terapêutica eficiente e comprometida com a recuperação do doente, além do que a família e a sociedade ainda não se encontram conscientes das necessidades de mudanças de postura para o enfrentamento da realidade dos portadores de transtornos mentais.

A reforma psiquiátrica constitui um grande passo para a conquista da cidadania pelos doentes mentais, pois tem por finalidade atender às demandas dos usuários, dos profissionais de saúde e da própria sociedade. As necessidades nela apontadas dizem respeito à desospitalização da assistência psiquiátrica, como também a criação de um campo integrado, crítico, com ações situadas na comunidade. Busca-se, portanto, um novo modelo de promoção de saúde, de prevenção, de cuidados, de tratamentos e de habilitação psicossocial. A par disso, a reforma propõe um conjunto de atualizações das instituições psiquiátricas, retirando-as do modelo exclusivo de hospital psiquiátrico asilar, com internamentos baseados em diagnósticos sociais e presunção de incurabilidade, para modelo caracterizado

por uma rede diversificada e aberta de serviços de natureza comunitária e abrangente, capaz de trabalhar o portador de transtorno mental, sem segregá-lo, garantindo-lhe os direitos constitucionais.

É de fundamental valia contextualizar os antecedentes históricos da evolução da saúde mental, desde os seus primórdios, perpassando a trajetória que vem percorrendo o movimento de reforma psiquiátrica. Traça-se uma grande panorâmica, visando destacar momentos e elementos paradigmáticos.

Sampaio (1998) realiza uma extensa e sistemática contextualização histórica da conformação de como vêm sendo tratados os portadores de sofrimento mental, ao longo dos tempos. Esta referência norteará o resumo que se segue.

O tratamento das doenças e a manutenção da saúde constituem preocupação que vem assolando os povos ao longo da história. Desde a Antiguidade Clássica, na Grécia e em Roma, já são assinaladas algumas concepções sobre a saúde e a doença, a mente e o corpo, tendo surgido, nessa época, a figura eminente de Hipócrates, considerado o pai da Medicina. A concepção da doença mental, pré-hipocrática, consubstanciava-se em que o indivíduo não era sujeito do que ocorria, sofrendo forças externas (cósmicas) ou dominado pelos deuses.

Na Idade Média, os enfermos mentais, em razão do dogmatismo cristão, eram vistos como seres possuídos por demônios e a cura se dava por exorcismos ou outros meios místicos, utilizando-se a fogueira ou outro tipo de morte cruel a fim de salvar a alma.

Com o advento da Renascença (séculos XV/XVI), a Igreja Católica Romana perde seu lugar de monopólio do poder e, com o fim da Inquisição, ocorre a propagação do racionalismo, onde tudo se busca explicar científica e metodologicamente.

É entre os séculos XVIII e XIX que se situam os fundamentos das ciências médicas contemporâneas. Sobre este período Sampaio (1998:28) nos diz que:

[...] da Biologia à Psicopatologia e da Epidemiologia à Clínica [...] estas ciências delimitam campos, objetos e objetivos; afirmam lógicas de abordagem e interpretação; elaboram instrumentos e constroem linguagem para a comunidade de pesquisadores com estatuto social distinguido.

Na passagem do século XIX para o XX, a loucura volve-se doença mental e possibilita uma nova metodologia de trabalho clínico, onde o tratamento é menos invasivo, mais humanitário, e os doentes são vistos, não como alienados, mas como sujeitos de direitos e inseridos no contexto social. Na passagem do século XX para o XXI, o paradigma muda novamente e a 'doença mental' convola-se processo saúde/doença mental, o que desdobra três resultados práticos fundamentais: a responsabilidade pública pelo cuidado fica estabelecida; a dimensão clínica incorpora a subjetividade e as técnicas psicoterapêuticas; a dimensão coletiva abre novas possibilidades de intervenção nos campos da promoção de saúde mental e da prevenção de doenças/transtornos.

Em todo o mundo cresciam as propostas de desospitalização e reestruturação da assistência psiquiátrica, valendo recordar que a busca de normatização sobre o assunto vem na esteira do que se denominou Reforma Psiquiátrica, que remete à noção de desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, e que surge, de um lado, nos EUA, em decorrência do Plano de Saúde Mental do Governo John Kennedy (é, na verdade, um conjunto de medidas de desospitalização). A outra ponta dessa situação surge com Franco Basaglia, através da obra "Instituição Negada", que retrata a importância de nos preocuparmos com o "homem" como um ser total, e que o processo de desinternação é eminentemente social, complexo, que demanda conflitos e transformações. Na sequência, adveio a Lei nº 180, que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica na Itália, que previu a eliminação da internação psiquiátrica, a construção de serviços da comunidade que substituíssem inteiramente a internação, a abolição do estatuto de periculosidade social do doente mental, a sua tutela jurídica, a sua internação e tratamento compulsórios e, quando necessário, o TSO (tratamento sanitário obrigatório) respeitaria estritamente a liberdade do paciente.

A partir da década de 1990, buscou-se uma política alternativa para o setor psiquiátrico, no sentido de dignificar os doentes mentais em respeito à sua cidadania, bem como se estabeleceu novo modelo assistencial extra-hospitalar. Surgiram algumas organizações, associações familiares e comunitárias de serviços de saúde mental, que assumiram relevante papel na defesa e garantia dos direitos humanos dos doentes mentais, com legitimidade e representatividade cada vez mais

crescentes. Em 14 de novembro de 1990, as organizações, associações, autoridades da saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas se reuniram em Caracas, Venezuela, e subscreveram a Declaração de Caracas, adotada pela Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de tratar da reestruturação da atenção psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde. Por seu turno, a Organização das Nações Unidas - ONU, em documento de 17 de dezembro de 1991, definiu os princípios de proteção a pessoas com enfermidade mental e estabeleceu regras para melhoria da assistência à saúde mental, apontando o significado dessa assistência, da unidade de tratamento mental, do profissional de saúde mental, do paciente, do representante pessoal deste e do corpo de revisão.

De outra parte, após permanecer em tramitação no Congresso Nacional desde 1989, o projeto da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi aprovado, transformando-se na Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e aponta para a necessidade premente de reformar a assistência psiquiátrica então vigente, centrada nos hospitais psiquiátricos, e de garantir os direitos de cidadania aos doentes mentais.

A conquista que se busca no âmbito da saúde mental não é só a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por serviços ambulatoriais e comunitários/domiciliares, mas, e principalmente, o rompimento do paradigma clínico da loucura e o seu vínculo com a periculosidade e a necessidade de segregação dos indivíduos acometidos de doença mental, com a consequente privação dos direitos de cidadania.

A saúde mental, portanto, está relacionada ao respeito à dignidade da pessoa humana. Assim, os procedimentos psiquiátricos devem obviamente utilizar-se do elemento medicinal, mas a eles também se impõe, por sem dúvida, o manejo simultâneo do elemento social, visando à humanização dos hospitais, desmistificando o aprisionamento indefinido de pessoas em asilos.

Conclusivamente, vive-se, hoje, período de alentadas mudanças estruturais nos campos administrativo e político, relativamente às questões de saúde mental, com a desospitalização e criação de serviços alternativos. Isso se evidencia na medida em que se torna público e inconcebível o modelo tradicional no qual o indivíduo sofre exclusão e segregação da sociedade de forma compulsória,

perdendo, inclusive, os direitos civis e de cidadania, sem a prévia existência de qualquer processo ou procedimento legal. Com isso, pretende-se humanizar o atendimento, visando à reabilitação do doente sem que seja necessário excluí-lo ou segregá-lo do meio social em que vive, de forma a garantir-lhe dignidade e cidadania.

Para que a reforma psiquiátrica obtenha êxito, é imperioso, antes de tudo, incorporar a lei às ações de saúde, bem como engajar a população por meio da conscientização e participação na reabilitação dos doentes mentais e da estruturação das comunidades, possibilitando, assim, intervenção mais solidária. E, para que isso seja possível, é necessário que sejam adaptadas as estruturas e carreados os recursos financeiros indispensáveis à atenção ao doente mental, de forma a mantê-lo no meio social.

Esse novo projeto terapêutico exige a articulação de vários segmentos sociais, de forma interdisciplinar, envolvendo todos aqueles que, direta ou indiretamente, são mencionados como partícipes do modelo de saúde mental proposto na Lei Nº 10.216/2001.

Dentre os princípios que regem a reforma psiquiátrica, ganha relevo o direito à saúde, a atuação efetiva do Estado, a democratização da gestão e a construção de uma cidadania eficaz.

A vinculação a esses princípios é condição indispensável sobre a qual deve ser alicerçado qualquer projeto à saúde psiquiátrica, o que conduz a um repensar sobre o modelo tradicional de atendimento psiquiátrico que se coloca à disposição da população, mormente a mais carente de recursos e oportunidades e que constitui a maioria.

A reforma psiquiátrica antevê quebra de regras manicomiais em defesa dos direitos de liberdade, de dignidade e de autonomia de cada pessoa, oferecendo tratamento ao indivíduo e não mais ao paciente, além de mantê-la como membro da sociedade, sem sofrer violências, exclusões ou segregações.

Assim é que, considerando todas essas premissas, o presente estudo tem por objetivo geral a análise da política de assistência à saúde mental no Município de Fortaleza, por meio de entrevistas, a fim de que se possa oferecer contributo à implementação da reforma psiquiátrica na capital cearense. Para tanto, desdobra-se a necessidade de revisar o debate da saúde mental como direito de cidadania, na

forma dos dispositivos constitucionais e legais brasileiros, a história da reforma psiquiátrica no Brasil, no Ceará em Fortaleza, contextualizando-a na implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

1. Objetivo geral

Analisar a implementação da Lei nº 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira) no contexto da atenção à saúde mental vigente no Município de Fortaleza-Ce, na perspectiva da discussão sobre saúde mental como direito constitucional e legal, além de traçar esboço de comparação histórica com a reforma psiquiátrica em andamento no Brasil e no Ceará.

2. Objetivos Específicos

- Analisar a intervenção do Ministério Público no campo da saúde mental, à luz de conceitos de saúde, relevância pública e dignidade da pessoa humana na Constituição Federal de 1988;
- Historiar a reforma psiquiátrica no Município de Fortaleza, contextualizando-a na implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, no período 2001/2008, tendo como contexto a reforma psiquiátrica no Brasil e no Ceará;
- Oferecer contribuição ao aperfeiçoamento da reforma psiquiátrica no Município de Fortaleza-Ce à luz da Lei nº 10.216/01.

TRATAMENTO METODOLÓGICO

A forma própria de a ciência produzir conhecimento sobre a realidade empírica é, efetivamente, a pesquisa que observa, descreve, analisa, sintetiza, critica, compara, reconhece a possibilidade de erro e define, rigorosamente, as condições de repetição e generalização. Portanto, a ciência parte da experiência, da espontaneidade e da intuição, mas as ultrapassa pelo recurso ao método, incorporador de princípios, objetivos, procedimentos, instrumentos e cuidado ético.

A definição do objeto, de seu campo e dos caminhos da presente investigação foi marcada por momentos de profunda reflexão técnica e ética, considerando que a Política de Saúde Mental do Estado do Ceará constitui importante pauta de atuação da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública/Ministério Público Estadual, da qual a autora é titular.

As escolhas são apresentadas a seguir.

1. Desenho geral da pesquisa

A pesquisa é do tipo qualitativa e descritiva, com perspectiva histórica, fundamentada em estudo referente à análise da implementação da Política de Saúde Mental no Município de Fortaleza-CE, no contexto do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica, com recorte temporal definido, no período 2001/2008, com a recuperação das experiências no tempo especificado.

A utilização do método qualitativo residiu na necessidade de se projetar medidas precisas e confiáveis acerca de questões fundamentais do tema, que permitiram uma análise crítica sobre determinada situação, para uma melhor identificação e entendimento do contexto problematizado.

A pesquisa qualitativa, na concepção de Minayo (1994, p.25), constitui:

Um labor artesanal, que não prescinde da criatividade, mas se realiza fundamentalmente por uma linguagem apoiada nos conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular.

O caminho investigativo utilizado proporcionou a análise crítica das questões e teve o caráter propositivo, na medida em que foram apresentadas sugestões para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza, em consonância com a legislação em vigor, considerando os dispositivos já instalados, a história concreta das ações do poder público, neste campo, e o evidente retardo em relação ao país e ao Ceará, especificamente.

O lapso temporal avaliado no estudo corresponde à edição da Lei Federal nº 10.216/2001, segundo a qual se instaura a política nacional de saúde mental, até 2008, ano anterior à conclusão do Curso de Mestrado em Saúde Pública no qual se insere a presente pesquisa.

Foram analisadas as práticas da atenção à saúde mental, incluindo-se a trajetória da rede de assistência psiquiátrica, em decorrência da articulação sócio-político-administrativa da Reforma Psiquiátrica no contexto do Sistema Único de Saúde-SUS, cuja matriz constitucional repousa no Art. 198, da Constituição Federal Brasileira de 1988, sob a perspectiva de resgate da dignidade da pessoa humana e respeito aos direitos e deveres, mesmo eventualmente portadora de transtorno mental.

A pesquisa teve como cenário o Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, levando-se em consideração o posicionamento de vários atores políticos da área de saúde mental, que através de entrevistas estruturadas apresentaram ponderações críticas a respeito da implementação da Reforma Psiquiátrica na localidade especificada.

Os sujeitos foram escolhidos através de agrupamentos, trazendo-os para a pesquisa, por meio de sorteios, nas seguintes categorias: a) gestores da saúde (GS); b) dirigentes hospitalares (DH); c) membros do controle social (CS); e d) coordenadores de CAPS (CC).

2. Procedimentos de investigação

O presente estudo necessitou de várias etapas de investigação, com a finalidade de perscrutar dados que serão confrontados no âmbito da problematização, de forma descritiva, analítica e crítica, buscando conhecer o arcabouço conceitual-constitucional-legal que embasa o tema, a Política de Saúde

Mental instalada no Município de Fortaleza e apresentar contribuições ao aperfeiçoamento da Reforma Psiquiátrica no local.

Para tanto, foram utilizados dois recursos, explicitados abaixo: levantamento da produção científico-literária sobre o tema e levantamento documental.

2.1. Levantamento da produção científico-literária sobre o tema

Consistiu na consulta bibliográfica a livros e artigos em periódicos científicos, por via de bibliotecas locais ou via Internet, em *sítes* especializados e de busca, tais como *Medline*, *Scielo*, *Lilacs*, *Google* e Portal de Periódicos da CAPES/MEC, com os descritores, isto é, as palavras-chave Saúde Mental, Política de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. A revisão foi feita a partir do marco temporal de 1979, época em que eclodiram discussões sobre o atendimento psiquiátrico, com a finalidade de reorganizar os recursos para a rede de cuidados e restabelecer a cidadania e os direitos sociais dos portadores de transtornos mentais, inclusive para garantir uma assistência de qualidade, até o ano de 2008.

Oportuno apresentar, a título de ilustração, relação de algumas revistas e periódicos que versam sobre o objeto da pesquisa:

- Nutrição, Saúde Mental e Políticas de Saúde Pública. Fortaleza: INESP-CE/UECE, 1999. p. 63-85,105-115. (Coleção “Saúde Coletiva no Ceará”, n. 2);
- Saúde Mental: da Prática Psiquiátrica Asilar ao III Milênio. Fortaleza: INESP-CE/UECE, 1999. p. 13-41,42-55,56-70. (Coleção “Saúde Coletiva no Ceará”, n. 3);
- Saúde Mental e Saúde Pública: Interface de Teoria, Prática, Ética e Cidadania. Fortaleza: INESP-CE/UECE, 1999. p. 27-31,89-95,111-122,123-137,159-165. (Coleção “Saúde Coletiva no Ceará”, n. 4);
- Revista Brasileira de Psiquiatria – Associação Brasileira de Psiquiatria. V. 25, n. 4, p. 245-248, out. 2003;
- Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria – Instituto do Cérebro – ICEPES. V. 8, n. 1, p. 1-3, jan./ago. 2004;

- **Jornal Brasileiro de Psiquiatria – IPUB.:**
 - V.51, p. 301-396, nov./dez. 2003;
 - V. 52 p.143-153, mar./abr. 2003;
 - V. 52 p. 313-322, jul./ago. 2003;
 - V. 52 p. 349-354, set./out. 2003;
 - V. 53 p. 383-392, nov./dez. 2004;
 - V. 54 p. 13-17, jan./fev./mar. 2005.
- **Informação Psiquiátrica – Disciplina de Psiquiatria e Psicopatologia da Universidade do Rio de Janeiro.** V. 18, n. 4, out./nov./dez. 1999.
- **Revista de Psiquiatria Clínica – Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.** V. 31, n. 2, p. 105-106, 2004;

2.2. Levantamento documental

Outro ponto de investigação consistiu na análise documental das principais normas jurídicas editadas com o propósito de implantar a Reforma Psiquiátrica do Brasil, arroladas sob os seguintes contextos: Constituição Federal, legislação federal, legislação estadual, portarias do Ministério da Saúde, resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Saúde, do Conselho Estadual de Saúde do Ceará e do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza e relatórios das deliberações das Conferências de Saúde e das Conferências de Saúde Mental, ambas nas respectivas esferas federativas (nacional, estadual, municipal), conforme relação exemplificativa abaixo.

2.2.1. No âmbito federal:

- Lei nº 9.867/99 – dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos;
- Lei nº 10.216/2001 – dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

- Decreto de 28.05.2003 – institui grupo de trabalho interministerial para avaliar e apresentar propostas para rever, propor e discutir política do governo federal para a atenção a usuários de álcool;
- Lei nº 10.708/2003 – institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

2.2.2. No âmbito do Estado do Ceará:

- Lei nº 12.151/93 – dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências.

2.2.3. Portarias do Ministério da Saúde:

- Portaria Interministerial nº 628/2002 MS/MJ – define a implementação de ações e serviços do SUS, viabilizando atenção integral à saúde da população do Sistema Penitenciário;
- Portaria GM nº 1.077/99 – dispõe sobre a implementação do Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estadual do SUS, definindo que a transferência dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal;
- Portaria GM nº 106/2000 – cria os Serviços Residenciais Terapêuticos de Saúde Mental, no âmbito do SUS e os define;
- Portaria GM nº 799/2000 – institui no âmbito do SUS, Programa Permanente de Organismos e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;
- Portaria GM nº 175/2001 – define a equipe mínima dos serviços ambulatoriais especializado em saúde mental que deve atuar na assistência e supervisão das atividades dos Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Portaria GM nº 251/2002 – estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos,

define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS;

- Portaria GM nº 336/2002 – estabelece as modalidades de CAPS (CAPS I, II, III, CAPS ill e CAPS adII);
- Portaria GM nº 816/2002 – institui no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de Álcool e outras Drogas;
- Portaria GM nº 1.467/2002 – cria a comissão de revisão, acompanhamento e monitoramento do processo de avaliação (ANASH Psiquiátrica) da rede de hospitais psiquiátricos públicos, privados e filantrópicos conveniados ao SUS;
- Portaria GM nº 2.391/2002 – regulamenta o controle das IPI e IPV, de acordo com a Lei 10.216/2001 e os procedimentos de notificação da comunicação das respectivas internações ao Ministério Público;
- Portaria GM nº 457/2003 – cria o Grupo de Trabalho Interministerial para estabelecimento de uma política de saúde para a área de álcool e outras drogas;
- Portaria GM nº 1.946/2003 – cria o Grupo de Trabalho destinado a elaborar proposta de constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes;
- Portaria GM nº 1.947/2003 – aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros e Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, prevendo a instalação de 70 CAPS em Municípios estratégicos até 2004;
- Portaria GM nº 2.077/2003 – regulamenta a Lei nº 10.708/2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial previsto no Programa “De Volta Para Casa”;
- Portaria GM nº 2.078/2003 – institui a Comissão de Acompanhamento do programa “De Volta Para Casa”;
- Portaria GM nº 52/2004 – cria o Programa Anual de Reestruturação de Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – 2004, reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos.

2.2.4. Portarias da Secretaria de Assistência à Saúde/MS:

- Portaria SAS nº 305/2002 – aprova as normas de funcionamento e cadastramento de CAPS para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas;
- Portaria SAS nº 728/2002 – redefine os procedimentos de atendimento em oficinas terapêuticas, distinguindo aquelas voltadas aos portadores de deficiência mental daqueles destinadas aos portadores de transtornos mentais;
- Portaria SAS nº 1.001/2002 – define a classificação dos hospitais psiquiátricos do SUS, com sua correspondente remuneração, a partir do resultado da avaliação do PNASH/Psiquiatria – 2002.

2.2.5. Resoluções e Recomendações do Conselho Nacional de Saúde:

- Resolução nº 298/99 – constitui a Comissão de Saúde Mental;
- Recomendação nº 008/2003 – aprova o Programa “De Volta Para Casa” e ressalta a necessidade de garantir-se que os recursos oriundos das AIHs de pacientes com alta sejam mantidos no financiamento de ações de saúde mental.

2.2.6. Conferências:

- III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 11 a 15 de dezembro de 2001 em Brasília/DF.

3. Instrumento de coleta de dados

Após a pesquisa documental realizada por meio da leitura crítica da literatura científica e do conjunto de documentos encontrados, procedeu-se ao levantamento de opiniões dos principais atores políticos, por meio do uso de entrevista semi-estruturada.

A entrevista constitui uma técnica de coleta de dados freqüentemente utilizada em pesquisas sociais, mediante uma interação social entre as partes, onde se tem, por um lado, a coleta de dados e, pelo outro, a fonte de informação.

Minayo (1994, p. 109), ao apontar a entrevista como um poderoso instrumento de coleta de informações, assevera que:

A fala [pode] ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

As entrevistas na presente pesquisa foram realizadas por meio de gravações, e posteriores transcrições, e de escrita direta do próprio entrevistado. Foi escolhido um grupo de 03 servidores credenciados pela Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública/CE, devidamente compromissados com a dimensão ética da pesquisa, para a execução de tal mister.

Por acreditar na interação que pode advir do momento da entrevista, instante único, denso, capaz de concretizar história de vida e subjetividade, é que se optou por esta técnica de coleta de dados.

Os sujeitos da presente pesquisa, escolhidos alguns de forma determinada, considerando os cargos que exercem na área da saúde pública, e outros através de sorteio, por atuarem especificamente na área da saúde mental ou por integrarem o controle social, manifestaram-se, por meio das entrevistas, relativamente ao período estudado (2001/2008), e foram:

- O Secretário de Estado da Saúde do Ceará;
- O Secretário Municipal de Saúde de Fortaleza;
- Quatro dirigentes de hospitais, sendo um clínico, escolhido por sorteio; e três de hospitais psiquiátricos de Fortaleza, sendo um público, e, por sorteio, dois privados;
- Cinco coordenadores de CAPS de Fortaleza, escolhidos mediante sorteio, considerando os vários tipos de CAPS, de cada Secretaria Executiva Regional;
- O Coordenador de Saúde Mental do Estado do Ceará;
- Dois membros da Comissão Colegiada de Saúde Mental do Município de Fortaleza;

- Dois membros, sorteados aleatoriamente entre os demais, da Comissão de Revisão de Internações Psiquiátricas Involuntárias - CRIPI/Estadual e CRIPI/Municipal;
- Três membros, sorteados aleatoriamente entre os demais, do Conselho Estadual de Saúde do Ceará;
- Três membros, sorteados aleatoriamente entre os demais, do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza;

Todas as entrevistas apresentaram o mesmo corpo de questões norteadoras, expostas a seguir:

- No seu entendimento, o que é a Reforma Psiquiátrica?
- Tendo em vista a história da Reforma Psiquiátrica, que fatos você considera mais marcantes no Município de Fortaleza no período 2001/2008?
- Quais os principais aspectos positivos na Reforma Psiquiátrica que você identifica no Município de Fortaleza?
- Quais os principais desafios que você identifica no Município de Fortaleza?
- Em sua opinião, como tem acontecido a atuação das instituições que realizam o controle social no campo da saúde mental no Município de Fortaleza?
- Quais as sugestões que você aponta para o desenvolvimento da política de saúde mental em Fortaleza?

4. O campo da pesquisa

A pesquisa teve como campo de trabalho o Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, escolhido em razão da atuação desta pesquisadora, como Promotoria de Justiça Especializada na Defesa da Saúde Pública, apresentado por breve levantamento no que diz respeito à sua construção histórica.

A origem da cidade data do século XVII, com a construção do Forte São Sebastião, na foz do Rio Ceará, destruído pelos silvícolas pouco tempo depois. Há oito km de distância, em direção ao leste, em 1649, foi criado pelos holandeses o Forte Shoonenborch, posteriormente conquistado pelos portugueses e renomeado para Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção. O povoado que surgiu ao redor do forte foi elevado à categoria de Vila, em 1699, com o nome de São José de Ribamar

e em 1726 foi criado o Município de Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção. Em 1823 passou a cidade com o nome oficial de Fortaleza de Nova Bragança, ficando popularizada, finalmente oficializada, como cidade de Fortaleza.

A planta topográfica da cidade de Fortaleza e subúrbios, elaborada em fins do séc. XIX pelo engenheiro pernambucano Adolfo Herbster, é considerada o marco inicial da urbanização da capital cearense. De inspiração parisiense, a cidade foi dotada de três bulevares, onde hoje se acham encravadas as avenidas Imperador, Duque de Caxias e Dom Manoel, e utilizou-se um traçado em xadrez para o alinhamento das ruas, com a finalidade de orientar a expansão da cidade e, principalmente, facilitar o fluxo das pessoas e produtos. (Fortaleza 27º, Projeto editorial da Prefeitura Municipal de Fortaleza, 1996 – BBG, Comunicação LTDA).

Hoje, Fortaleza é a quinta capital mais populosa do país, segundo dados censitários de 2008 feitos pelo IBGE, ficando atrás de São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador e Belo Horizonte. Destas, é a capital que tem o maior número de habitantes por quilômetro quadrado, registrando densidade demográfica de 6.844 hab/Km², pois sua população, de 2.431.415 (dois milhões, quatrocentos e trinta e um mil e quatrocentos e quinze) habitantes, distribui-se por uma área urbanizada de 318,18 Km². Esta pequena área abriga mais de 28% da população do Estado do Ceará (Anuário do Ceará, 2008/2009, Publicação do Jornal O POVO).

A cidade de Fortaleza, de acordo com a Lei Municipal nº 8000, de 29.01.1997 (dispõe sobre a organização administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza e dá outras providências), foi dividida administrativamente em seis regionais, cuja lógica foi baseada nos princípios da descentralização e da intersectorialidade, como forma de “garantir o acesso do cidadão aos serviços, às informações e à participação nas decisões referentes ao espaço urbano onde ele vive; e ampliar a efetividade das ações realizadas pelo governo municipal e a responsabilização pelos seus agentes, mediante transparência, moralidade e descentralização da gestão municipal.”(art.2ºI, e II). Cada área geopolítica destas possui uma Secretaria Executiva Regional - SER, com a respectiva coordenação, e subdividida organizacionalmente em distrito correspondente a vários campos de atuação municipal, considerados estratégicos, como meio ambiente, educação, vigilância sanitária, assistência à saúde, etc., visando propiciar a execução das

políticas públicas locais, uma vez que cada SER compõe-se de determinado número de bairros, interligados pela sua proximidade.

Em que pese à intenção de tal organização, do ponto de vista da saúde pública, vislumbra-se uma problemática de natureza jurídica, tendo em vista que a gestão do SUS no Município de Fortaleza, como nas outras esferas de governo, deve ter comando único, o que não ocorre em face da divisão por Regionais, com graus fortes de autonomia técnica e política. Há, portanto, um óbice quanto à uniformização da execução da política de saúde pública, incluindo-se a área da saúde mental.

A Secretaria Executiva Regional (SER) I localiza-se no extremo oeste da cidade, onde nasceu a capital, abrangendo quinze bairros: Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Barra do Ceará, Floresta, Álvaro Weyne, Cristo Redentor, Ellery, São Gerardo, Monte Castelo, Carlito Pamplona, Pirambu, Farias Brito, Jacarecanga e Moura Brasil. Nesta região residem cerca 360 mil habitantes.

A Secretaria Executiva Regional (SER) II é formada por vinte e um bairros da considerada grande Aldeota, com grande adensamento pessoal e de serviços, responsável por importante fatia da arrecadação municipal, onde residem 325.058 mil habitantes.

A Secretaria Executiva Regional (SER) III está contemplada por dezesseis bairros: Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha, onde residem 378 mil habitantes.

A Secretaria Executiva Regional (SER) IV abrange dezenove bairros: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população é cerca de 305 mil habitantes. Registre-se que o bairro mais populoso é o da Parangaba, com cerca de 32.840 mil habitantes; e o menos populoso é o Dendê com apenas com 2.480.

A Secretaria Executiva Regional (SER) V é abrangida por dezesseis bairros: Conjunto Ceará, Siqueira, Mondubim, Conjunto José Walter, Granja Lisboa, Granja Portugal, Bom Jardim, Genibaú, Canindezinho, Vila Manoel Sátiro, Parque

São José, Parque Santa Rosa, Maraponga, Jardim Cearense, Conjunto Esperança e Presidente Vargas, totalizando cerca de 157 mil habitantes.

A Secretaria Executiva Regional (SER) VI, é formada por vinte e sete bairros correspondentes a 42% do território do Município de Fortaleza: Sabiaguaba, Edson Queiroz, Sapiranga, Alagadiço Novo, Curió, Guagarú, Coaçu, Paupina, Parque Manibura, Cambeba, Messejana, Ancuri, Pedras, Jardim das Oliveiras, Pedras, Cidade dos Funcionários, Parque Iracema, Alto da Balança, Aerolândia, Dias Macedo, Castelão, Mata Galinha, Cajazeiras, Barroso, Jangurussú, Passaré, Parque Dois Irmãos e Lagoa Redonda, com população estimada em 600 mil habitantes.

A Secretaria Executiva Regional do Centro de Fortaleza (Sercefor) foi criada pela Lei Complementar de nº0077, de 23 de abril de 2010, abrangendo uma área de 5, 6255 Km², que se delimita ao Norte pelas Avenidas Historiador Raimundo Girão, Almirante Barroso e Pessoa Anta, Ruas Adolfo Caminha e Santa Teresinha, e Avenida Presidente Castelo Branco (Leste-Oeste); ao Leste, pela Rua João Cordeiro; ao Oeste, pelas Avenidas Filomeno Gomes e Padre Ibiapina; e ao Sul, pela Avenida Domingos Olímpio e início da Avenida Antonio Sales.

Importante registrar que Fortaleza está habilitada na gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, implicando que o Município é o gerenciador da rede de atenção à saúde na sua área territorial.

Na área de saúde mental, o Município de Fortaleza dispõe de uma rede de 06 (seis) hospitais psiquiátricos, dentre os quais um público e cinco privados e/ou filantrópicos, conveniados com o SUS, com a oferta global de 718 leitos, a saber: Hospital de Saúde Mental de Fortaleza – 160 leitos; Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano LTDA – 89 leitos; Hospital Mira Y Lopes – 160 leitos; Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo – 120 leitos; Instituto Espírita Nosso Lar – 119 leitos e Instituto de Psiquiatria do Ceará – 70 leitos. Neste contexto, impõem-se consignar o fechamento, no ano de 2008, de uma unidade hospitalar privada, com 97 leitos, objetivando a instalação da Unidade de Saúde Mental Ana Carneiro, com 30 leitos.

Comporta, agora, delimitar o número de CAPS em funcionamento, por Regional, com a devida qualificação: SER I: **01(um) CAPS Geral e 01(um) CAPS AD**; SER II: **01(um) CAPS GERAL e 01(um) CAPS AD**; SER III: **01(um) CAPS Geral, 01(um) CAPS AD e 01(um) CAPSi**; SER IV: **01(um) CAPS Geral, 01(um)**

CAPS AD e 01(um) CAPSi; SERV: 01(um) CAPS Geral e 01(um) CAPS AD; SER VI: 01(um) CAPS Geral e 01(um) CAPS AD, totalizando 06 (seis) CAPS Gerais, 06 (seis) CAPSAD e 02 (dois) CAPSi.

Para o atendimento da população do Município de Fortaleza existe, apenas, **01 (uma) Residência Terapêutica**, situada na SER I.

Com efeito, foi oportuno estabelecer-se a contextualização da implantação do Sistema Único de Saúde e o modo como o Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária influenciou o campo da saúde mental e o campo das políticas públicas e do controle social, tanto que a Constituição Federal de 1988, concebida como dirigente, possibilita, em seu arcabouço, mudanças sociais, políticas, econômicas e estruturais do Estado Brasileiro, buscando a transformação deste em prol da maior igualdade e justiça social para os seus destinatários.

Para o constitucionalista Moraes (2004, p. 1957):

O direito à vida e à saúde, entre outros, aparecem como conseqüência imediata da consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil. Esse fundamento afasta a idéia de predomínio das concepções transpessoalistas de Estado e Nação, em detrimento da liberdade individual.

Dallari (1995, p. 31), por seu turno, sustenta que:

[...] especificamente, com o caráter de regra jurídica, o conceito de saúde deve ser interpretado considerando que a legalidade obriga a organização das ações e serviços públicos destinados a garantir o direito à saúde – em condições de igualdade para todo o povo – ao respeito das seguintes exigências: descentralização... atendimento integral... e... participação da comunidade (C.F., art. 198, I, II e III).

5. Análise interpretativa

A análise dos dados para Gil (1994:166), “tem por objetivo organizar e sumariar os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação”.

Segundo Polit e Hungler (1995:272):

O propósito da análise dos dados, independentemente do tipo de dado que se possui e da tradição que tenha orientado sua coleta, é o de impor alguma ordem sobre um corpo grande de informações, de modo que possam ser retiradas algumas conclusões gerais e comunicadas através de relatório.

Há de se ressaltar que a fase de análise dos dados, consoante Gomes (1995:69), fundamentado em Minayo, apresenta três finalidades:

Estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o com o contexto cultural da qual faz parte.

Com efeito, para proceder à análise dos dados coletados, os sujeitos da pesquisa foram organizados em quatro grupos de participantes: gestores da saúde (GS), dirigentes hospitalares (DH), Controle Social (CS) e Coordenadores de CAPS (CC).

Para Orlandi (2003, p. 26), a análise de discurso “visa à compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos”.

Dessa forma, indubitavelmente, essa técnica conduz a uma análise da construção ideológica presente nos textos.

Orlandi (2003:63) registra que:

O objeto discursivo não é dado, ele supõe um trabalho do analista e para se chegar a ele é preciso, numa primeira etapa de análise, converter a superfície lingüística (o corpus bruto), o dado empírico, de um discurso concreto, de um objeto teórico, isto é, um objeto lingüisticamente de – superficializado, produzido por uma primeira abordagem analítica que trata criticamente a impressão de “realidade” do pensamento, ilusão que sobrepõe palavras, idéias e coisas.

Portanto, com a utilização da análise de discurso, se teve uma visão crítico-científica do funcionamento dos serviços, das instituições, bem como se

oportunizou traçar uma síntese das conseqüências e desdobramentos da realidade analisada.

6. Dimensão ética da pesquisa

Não será supérfluo estabelecer o conceito de ética, merecendo especial destaque a definição proposta por Abbagnano (1963:380), *verbis*:

ÉTICA – em geral, ciência da conduta. Existem duas concepções fundamentais dessa ciência: 1ª. a que a considera como ciência do fim para o qual a conduta dos homens deve ser orientada e dos meios para atingir tal fim, deduzindo tanto o fim como os meios da natureza do homem; 2ª. a que a considera como ciência do móvel da conduta humana e procura determinar tal móvel com vistas a dirigir ou disciplinar essa conduta. Essas duas concepções, que se entremesclaram de várias maneiras na Antiguidade e no Mundo Moderno, são profundamente diferentes e falam duas línguas diversas. A primeira fala a língua do ideal para o qual o homem se dirige por sua natureza e, por conseguinte, da “natureza”, “essência” ou “substância” do homem. Já a segunda fala dos “motivos” ou “causas” da conduta humana, ou das “forças” que a determinam, pretendendo ater-se ao conhecimento dos fatos.

No presente trabalho, a coleta de dados foi desenvolvida de forma a resguardar a identidade das amostras pesquisadas, como também garantir a confidencialidade e o sigilo das informações, as quais serão utilizadas somente no âmbito deste estudo, em conformidade com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde e com a aprovação do Comitê de Ética competente.

A pesquisadora e seus auxiliares fizeram contato com as pessoas entrevistadas, com a apresentação do respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, quando, na oportunidade, foram dadas explicações detalhadas sobre a avaliação da relação risco-benefício; a garantia da preservação dos dados; a privacidade das informações; e o anonimato dos indivíduos pesquisados, além de quaisquer outros esclarecimentos que se fizeram necessários.

CAPÍTULO I - SAÚDE MENTAL, DIREITO SOCIAL E INTERVENÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

1. O conceito jurídico de saúde na Constituição Federal de 1988

Preliminarmente, impõe-se definir que a Constituição, no plano jurídico, constitui a lei fundamental e suprema de um Estado, que estabelece sua estruturação, a formação dos Poderes Públicos e a aquisição do poder de governar, com a distribuição de competências, direitos, garantias e deveres dos cidadãos (Moraes, 1998:32).

A Constituição Federal de 1988 registra valores econômicos, políticos e sociais do país e fixa o papel do Estado como provedor de políticas públicas, estabelecendo programas e definindo fins, de conteúdo pleno, onde não há letras ou palavras inúteis e em que todos os preceitos constitucionais estão vinculados à realidade social, e, por isso, plenamente aplicáveis.

Por essa razão, a Constituição brasileira atual tem sido conhecida como “dirigente”, pois as normas constitucionais revelam-se instrumentais, na medida em que objetiva prover os principais anseios de uma dada sociedade, em dado momento político e com dada organização econômica, sem, contudo, olvidar o respeito aos direitos fundamentais. E em sendo instrumentais, tornam-se vinculadoras, dotadas de validade e eficácia, o que possibilita ao conteúdo das imposições ali estabelecidas dar normatividade à *lex fundamentalis*.

A vinculação normativa da Constituição é trabalho de interpretação constitucional, no sentido de dar força normativa ao preceito constitucional, o que significa que a concretização do texto constitucional tem como efeito imediato a ampliação das ações e deveres do Estado nas áreas social e econômica, por excelência, o que deságua em fatores positivos de promoção dos direitos fundamentais, do bem estar e de justiça social.

Com efeito, com a validação da Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se o Estado Democrático de Direito, constitucionalizando-se, pois, os valores fundamentais de um povo e subordinando a atuação dos poderes públicos a princípios (constitucionais) inderrogáveis, o que representa a força vinculante das normas e princípios dessa Carta Política.

O art. 196, da Constituição Federal, prescreve que:

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

Diante desse preceito constitucional, verifica-se que o Estado está juridicamente obrigado a exercer políticas públicas visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como para garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Além disso, vale ressaltar que tal dispositivo destaca o Estado como o garantidor da saúde pública, estando suas ações e seus serviços vinculados ao enunciado constitucional, independentemente da norma jurídica infraconstitucional que o regulamente. Entretanto, oportuno consignar que a norma insculpida no art. 196 supracitado também se reveste de natureza programática ao não definir em que consistem, objetivamente, as “políticas sociais e econômicas”.

Barroso (2003:10/11) aprofunda a questão demonstrando quatro momentos essenciais para a discussão:

A dicção ambígua do art. 196, que faz referência ao direito à saúde e ao dever do Estado, mas tem redação de norma programática – fala em políticas sociais e econômicas que não estão especificadas – produziu vasta discussão jurisprudencial. No Supremo Tribunal Federal, a matéria foi enfrentada com ênfase em diferentes aspectos, tendo sido assim sistematizada no Ag. Reg. em Rext. de que foi relator o Min. Celso de Mello:

a) O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art.196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar;

b) O direito à saúde, além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional;

c) O caráter programático da regra insculpida no art. 196, da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional incosequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental;

d) O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos à pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade à preceitos fundamentais da Constituição da República e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade.

Como se vê, a decisão se refere ao “direito à saúde” de forma heterogênea, atribuindo-lhe rótulos variados: “prerrogativa jurídica, direito fundamental, norma programática e preceito fundamental.”

Na verdade, as decisões do Supremo Tribunal Federal dão conta de que os conteúdos programáticos do art. 196 não configuram apenas promessas constitucionais, com a possibilidade de fraudar as expectativas da população, mas, sobremaneira, reconhecem obrigações jurídicas para efetivação de políticas de saúde, capazes de subsidiar as necessidades individuais e comunitárias na recuperação e promoção da saúde, superando as omissões do Poder Público.

Com efeito, como elucida Dallari (1995:31):

“qualquer aplicador do conceito jurídico de saúde está constitucionalmente obrigado a precisá-lo considerando a realização da função social da propriedade e a imediata exigência em todos os níveis do direito à saúde, definido como direito social (C.F., art.6º). Isto significa que ninguém – legislador ou administrador – pode alegar ausência de norma regulamentadora para justificar não aplicação imediata da garantia do direito à saúde”. (Dallari, 1995:31)

A criação do Sistema Único de Saúde – SUS atendeu aos anseios de universalização do acesso ao atendimento de todo e qualquer cidadão, conferindo-lhe, a partir de então, o caráter de obrigatoriedade e gratuidade.

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 (artigo 196 usque 200) e regulamentado pelas Leis 8.080, de 19/09/1990 e 8.142, de 28/12/1990.

A Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde – traça perfil normativo que incorpora os principais ditames constitucionais – a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ampliação do conceito de saúde como referencial social, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS consoante os pressupostos finalísticos e principiológicos da gratuidade, da universalidade e da integralidade das ações e dos serviços de saúde, além de utilização de métodos epidemiológicos como modelo, a descentralização político-administrativa da gestão, estabelecendo comando único em cada esfera de governo, e a participação da comunidade, sob a forma de controle social.

Tecendo comentários sobre o SUS, Silva (2002:809) assim se reporta, *verbis*:

O sistema único de saúde, integrado de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, constitui o meio pelo qual o Poder Público cumpre seu dever na relação jurídica de saúde que tem no pólo ativo qualquer pessoa e a comunidade, já que o direito à promoção e à proteção da saúde também é um direito coletivo. O sistema único de saúde implica ações e serviços federais, estaduais, distritais (DF) e municipais, regendo-se pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, e da participação da comunidade, que confirma seu caráter de direito social pessoal, de um lado, e de direito social coletivo, de outro. É também por meio dele que o Poder Público desenvolve uma série de atividades de controle de substâncias de interesse para a saúde e outras destinadas ao aperfeiçoamento das prestações sanitárias. O sistema é financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. A EC – 29/2000, dando nova redação ao art. 198, previu que essas entidades apliquem, anualmente, em ações e serviços de saúde pública recursos do produto de suas arrecadações tributárias e de transferências em percentagens e critérios estabelecidos em lei complementar, mas o art. 77 do ADCT, acrescido pela mesma Emenda, já estabelece o percentual de 5% para a União, 12% para os Estados e 15% para os Municípios e Distrito Federal, até a promulgação da referida lei complementar. Responsável, pois, pelas ações e serviços de saúde é o Poder Público, falando a Constituição, neste caso, em ações e serviços públicos de saúde, para distinguir da assistência à saúde pela iniciativa privada, que ela também admite, e cujas instituições poderão participar complementarmente do sistema único de saúde, sendo vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. O §3º do art. 199 contém uma regra inócua, ao vedar a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei; como a lei pode prever todos os casos, não há limitação alguma. Talvez não fosse mesmo o

caso de proibir a participação de empresas ou de capitais estrangeiros, mas apenas a remessa de lucros provenientes de serviços de assistência à saúde.

De tudo, conclui-se que a Constituição Federal de 1988, ao contrário do que muitos acreditam, constitui-se não apenas de normas programáticas, mas, sobretudo, de normas de conteúdo exaustivo e que dão efetividade ao papel estatal de promover políticas capazes de garantir o exercício dos direitos fundamentais. Nessa perspectiva, o texto constitucional, no art. 196, impõe ao Estado o dever de estabelecer políticas públicas no intuito de assegurar a todos o direito à saúde, em todos os seus matizes, e a Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde – materializando esses imperativos, criou o Sistema Único de Saúde – SUS, organismo fundado nos princípios da gratuidade, da universalidade e da integralidade das ações e dos serviços de saúde e cuja finalidade consiste em proporcionar atendimento integral ao cidadão e à coletividade.

2. O conceito constitucional de relevância pública na saúde

A saúde está posta como direito social e se insere na órbita dos direitos fundamentais, devendo ser tratada como direito fundamental à vida e também como direito difuso, usufruído por todos indistintamente, caso, por exemplo, da utilização de ar atmosférico saudável como meio de sobrevivência da humanidade, conforme demonstra o art.6º, da CF:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

O texto constitucional revela valores imperativos, destacando-se a supervalorização aos princípios democráticos e aos direitos fundamentais, quer sejam eles individuais, sociais, coletivos ou difusos, bem como a repartição de competências entre os Poderes Públicos.

Assim, a constitucionalização dos diversos valores econômicos, políticos e sociais da sociedade brasileira encontram-se positivados e, como tal, ganham

efetividade e exigibilidade, ou seja, independem de norma regulamentadora para a sua aplicabilidade.

O papel do Estado, na conjuntura constitucional brasileira, é o do Estado-providência dos interesses sociais, através de políticas públicas asseguradoras e garantidoras daqueles direitos.

Nesse diapasão, o art. 197, da Constituição Federal, estabelece como de relevância pública:

[...] as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo a execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A conceituação da expressão relevância pública envolve, preponderantemente, estudo sistêmico da Constituição Federal, na qual está inserida, levando-se em consideração o status da Carta Magna no contexto jurídico e político do ordenamento jurídico.

De acordo com o sistema constitucional vigente, toda palavra ou expressão existente na Constituição deve ter utilidade. E essa utilidade há que ser otimizada pelo intérprete do Direito Constitucional, especialmente pelos militantes do direito.

Etimologicamente a palavra relevância advém do verbo relevar, do latim *relevare*, entendendo-se o que tem fundamento, é evidente, o que é apreciável. Desta sorte, relevância constitui-se, *in casu*, aquilo que se apresenta como sujeito de proteção. Público, por sua vez, é derivado do latim *publicu*, formado de *populicus*, de *populus* (povo, habitantes), que em sentido geral significa o que é comum, pertencente a todos, e na linguagem jurídica é tomado, também, na acepção de próprio ou pertinente ao Estado.

Destarte, pode-se entender por relevância pública a qualidade maior conferida pela Constituição Federal às ações e serviços a serem desenvolvidos pelo Estado, que é o destinatário da norma constitucional cogente, configurando, também, direito público subjetivo dos cidadãos e da sociedade.

A relevância pública e a sua concretização têm como efeito imediato a ampliação das ações sociais, jurídicas e políticas, a serem desenvolvidas pelo

Estado, com a finalidade de destacar certos direitos e garantias constitucionais que estão sobrepostos aos demais serviços e ações estatais, pelo simples fato de serem de maior realce para a coletividade e preponderantes na eventual colisão de direitos.

Inegavelmente, no que diz respeito à saúde pública, estatuída como direito de todos e dever do Estado, constata-se a obrigação deste em prestar serviços e ações de saúde à totalidade da população. Isso significa que é um direito impositivo, ou seja, necessita de uma atuação positiva do Estado, por meio de políticas públicas de cunho social, com vistas à erradicação da pobreza, ao controle de epidemias, ao saneamento básico, etc., a fim de garantir saúde a todos.

E como a saúde é elevada ao status de serviço de relevância pública, recebeu do constituinte um plus que não pode ser desconsiderado pelos gestores públicos. Ao contrário, deve receber atenção especial e ser assegurada a todos de forma igualitária e indistinta.

A Lei nº 8.078/90 - Código de Defesa do Consumidor – dispõe que o direito à saúde é garantido através de “ações e serviços públicos”, estabelecendo o art. 22 que:

Art. 22. Os órgãos públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias, ou sob qualquer outra forma de empreendimento, são obrigadas a fornecer serviços adequados, eficientes, seguros e, quanto aos essenciais, contínuos.

E o parágrafo único assenta:

Parágrafo único. Nos casos de descumprimento, total ou parcial das obrigações referidas neste artigo, serão as pessoas jurídicas compelidas a cumpri-las e a reparar os danos causados, na forma prevista neste Código.

Observa-se, assim, que o caráter de relevância pública, concedido pela Carta Constitucional à saúde pública, confere a esta posição diferenciada, compelindo, dessa forma, os administradores públicos a também dar-lhe tratamento específico, a fim de assegurá-la a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país.

3. As internações psiquiátricas e a segregação dos indivíduos – a questão da defesa dos direitos e da dignidade da pessoa humana

O tratamento da saúde mental sempre esteve relacionado à segregação das pessoas acometidas de transtornos mentais. Essas pessoas são, de um modo geral, excluídas, não somente pela sociedade, mas pelos próprios familiares e amigos. Quando da internação, os acometidos de qualquer patologia mental ficam segregados do mundo e da sociedade, suprime-se-lhes a autonomia da vontade e desrespeita-se ou inobserva-se seus direitos, tendo em vista a impossibilidade, pelas razões expostas, de manifestar a vontade, bem como por não existir quem os assista ou represente, no sentido de defender-lhes os mais elementares direitos, tais como o de saber a que tratamento estão sendo submetidos, se há progresso no tratamento, qual o período de estadia no hospital e qual a expectativa de alta médica.

A questão da segregação dos indivíduos acometidos de doença mental é eminentemente cultural, haja vista que, no entendimento de Silva (2002:03):

[...] todo indivíduo que se comporta fora das regras estabelecidas pela sociedade é tido, por esta, como alguém 'diferente', 'fora do normal', um 'desviante', criando-se a necessidade do afastamento, do isolamento, tendo como finalidade manter a 'ordem'. Assim, na relação do indivíduo e o social, no universo da saúde mental, podemos perceber que o sofrimento, as atribuições, o desamparo, o medo, a injustiça, a desigualdade social, enfim, a conduta humana pode ser dada como doença, se tornando 'fuga' ou prisão.

O modo como as pessoas se expressam socialmente e adquirem direitos e obrigações, revela-se na capacidade de exercer tais direitos e obrigações no desempenho do seu papel na sociedade, dela participando. Isso é forma de cidadania, garantida pelo Estado a todos os indivíduos residentes no território. Contudo, há aqueles que por incapacidade psíquica não podem, por si sós, praticar atos de cidadania. Nesse caso, hão que ser representados por pessoa idônea, até que se restabeleça a capacidade de discernir. Enquanto isso, deverão permanecer submetidos à tutela de outrem, para que os direitos lhes sejam garantidos e respeitados.

Na luta antimanicomial há muito que percorrer em defesa da cidadania dos internos. E a luta para a garantia dos direitos civis e sociais é de cada cidadão. A partir do momento em que se prioriza a cidadania e a família dos portadores de transtornos mentais como forma de promoção da saúde mental, não esquecendo de que estão eles inseridos no contexto histórico de movimentos e conquistas sociais, compreende-se que estes espaços conquistados são fatores geradores de possibilidades para a mudança e transformação da realidade dos portadores de doenças mentais.

Para Silva (2002:03):

As condições de vida na sociedade moderna e a concepção de cidadania, comumente pensada, nos fazem refletir sobre o sofrimento mental como um fator que denuncia algo que extrapola o sentido de doença, por não caracterizar apenas “disfunções físicas” ou “desvios comportamentais” devendo ser “combatido” por meras “manipulações técnicas”. A saúde é tema que causa grande preocupação na população em geral, e o descaso por parte do governo, coloca esta preocupação na população num plano mais objetivo, o que nos remete ao questionamento das condições de vida e de cidadania nestes tempos modernos.

Nas ações humanas permeiam os significados. Nas relações interpessoais desenvolvem-se a aprendizagem, o trabalho, enfim, a construção da identidade de cada um na sociedade. Nessa ótica, visa-se enquadrar os enfermos mentais e internos na relação com a sociedade, buscando possibilidades de convivência com as contradições da realidade, a fim de que seus direitos e bens sejam preservados. O tratamento há que ter por meta a reinserção do interno no convívio comum.

Isso engloba questões principiológicas inerentes ao direito de personalidade, de liberdade, de intimidade da vida privada, sendo que cada indivíduo tem direito às suas singularidades e peculiaridades. Relativamente aos internos também devem ser respeitados esses princípios inerentes à pessoa humana, e se não puderem manifestar a vontade, que sejam assistidos ou representados por pessoa idônea que lhes possa garanti-los.

Envolve, também, a adoção de política social adequada e dotada de efetiva intenção de reintegrar os internos no convívio social. Assim, a segregação, a

desigualdade, a injustiça e o desrespeito aos direitos básicos dos internos não podem residir nas instituições psiquiátricas de saúde.

Na medida em que sejam individualizados os problemas, buscando imprimir caráter corretivo, ajustador e reintegrador às práticas de tratamento psiquiátrico, deixarão essas instituições de ser, para os internos, elemento de afastamento e de isolamento do convívio social, e, conseqüentemente, de confinamento institucional sem previsão de garantia de quaisquer direitos humanos.

E um dos pontos polêmicos no âmbito dessas questões que cabe aqui perscrutar diz respeito às formas de internação que a Lei da Reforma psiquiátrica trouxe à baila: a voluntária, a involuntária e a compulsória – a fim de se verificar até quando as pessoas acometidas de doença mental permanecem gerindo suas vidas, bem como, no caso de impossibilidade, pela doença mental acometida, de que forma são assistidas ou representadas na ordem civil e na relação com a unidade hospitalar.

As internações voluntárias e as compulsórias parecem, à luz da lei, estar bem resolvidas, enquanto que a complexidade pertine às internações involuntárias, objeto preferencial deste trabalho, entendidas como o tratamento psiquiátrico que ocorre sem o consentimento do paciente.

O tratamento que se dá sem o consentimento do paciente não chega a ser contra a sua vontade, uma vez que está privado de manifestá-la, dado o distúrbio psíquico a que está acometido. No entanto, a grande indagação que se faz é: até quando permanecerá o indivíduo nesse estado de inconsciência da realidade? E a partir de que instante estará apto a avaliar o que lhe está ocorrendo e manifestar a sua vontade?

É claro que sempre haverá casos em que a pessoa poderá apresentar quadro psíquico permanente, incurável e com certo grau de periculosidade que justificará a sua internação involuntária. O que nunca pode ocorrer é que esta pessoa fique desassistida social e juridicamente, devendo-se para ela manter o elo com a sociedade, bem assim estabelecer assistência jurídica com a instituição do sistema de curadorias para a proteção de seus direitos e interesses.

Porém, é fato público e notório que a história psiquiátrica está dotada de farto acervo de ocorrências nos hospitais psiquiátricos, consistente no desrespeito à pessoa humana, materializado na contenção física inadequada e na falta de cuidado

e de atenção médica apropriada e de qualidade, o que gera uma cronificação das doenças, mantendo a pessoa cada vez mais estigmatizada e afastada, para sempre, do convívio social. Além disso, a vontade e a liberdade são reduzidas drasticamente e, à míngua de qualquer assistência jurídica ou social eficiente, a consequência, com o passar do tempo, é a perda da autonomia e da condição de cidadão, e isso sem que se tenha instaurado qualquer procedimento ou processo legal necessário para reduzir a pessoa a esta situação de alienação.

Têm-se adotado vários testes para avaliar se o indivíduo está em condições de exprimir a sua vontade e de compreender as razões do internamento e, assim, manifestar-se a respeito. Porém, é sempre preciso pôr em relevo quando o posicionamento ou decisão do paciente é racional, sensata ou ainda está comprometida pela doença. Um problema que incomoda e gera constrangimento é que o médico invariavelmente fixa a palavra final para dizer se o paciente está adotando uma postura racional, sensata, ou não. Por isso, a existência de uma equipe multidisciplinar se faz imprescindível, principalmente quando há controvérsias a respeito da lucidez do paciente, não cabendo apenas a um só profissional, embora da mais alta proficiência, traçar o destino de uma pessoa, sem que esta nada possa dizer e nem se defender sozinha.

A primeira fase do conhecimento da doença mental revela-se na avaliação da mudança de comportamento do indivíduo, levando à interpretação familiar de possível distúrbio mental. Como fase subsequente, vem a da busca do grupo familiar no sentido de confirmar o “diagnóstico” junto ao grupo social. Aí ocorre a aceitação ou acomodação dos fatos.

É certo que a partir de então o grupo procura o apoio profissional. E, ao receber o atendimento, tanto a família quanto o paciente dão um salto importante nesse contexto. Um dos fatores que se considera de grande repercussão na vida de um doente mental relaciona-se à internação psiquiátrica.

Outro ponto de fundamental importância na vida do paciente refere-se ao problema da reinternação psiquiátrica. Verifica-se que há uma tendência absoluta para se efetivar a internação, principalmente a involuntária, quando o paciente já traz na sua bagagem histórica internações passadas.

Outra questão que merece destaque é a influência que o acompanhante exerce na conduta médica ao diagnosticar o paciente.

É usual os acompanhantes (familiares, assistente social, policial, etc.), delinarem ao médico o perfil do doente mental, o que constitui fator de análise e fundamento para a internação, constatando-se que a voz do paciente, de fato, é o que menos conta nesse instante.

A doença mental não é só a patologia da perda da liberdade interior. Também o é da liberdade exterior, eis que a pessoa doente perde o direito de ir e vir, de ter opinião, de ser ouvido, de ser tratado com respeito e dignidade. Assim, é urgente equacionar a doença mental com a liberdade de seus portadores. E mais ainda, na ocorrência das internações involuntárias. E é exatamente nesses casos que é preciso ter sempre em mente que o doente é um cidadão, uma pessoa com todos os direitos a serem preservados e inviolados, devendo o tratamento psiquiátrico contribuir para o desenvolvimento emocional, a superação das dificuldades e a conquista da autodeterminação.

As instituições psiquiátricas não podem ser instrumento de cerceamento de liberdade e de opressão. O respeito aos direitos humanos, a fixação de critérios objetivos para o tratamento involuntário, o trabalho clínico para que o paciente saia da involuntariedade e retorne à voluntariedade são as diretrizes que devem nortear qualquer trabalho médico na psiquiatria, harmonizando-se com a ética e com o humanismo.

Segundo entendimento corrente, a internação involuntária do doente mental se dá por um período indeterminado de tempo, dada a falta de previsibilidade médica sobre a evolução da doença mental e sua cura.

As conseqüências advindas de tal internação são, inexoravelmente, reflexivas no âmbito civil, gerando, sem sombra de dúvidas, a perda da capacidade e das liberdades, tornando defesa a manifestação de vontade no que concerne a aderir ou a recusar o tratamento psiquiátrico imposto.

Embora a pessoa tida por doente oponha-se ou mesmo negue a necessidade de internação e tratamento, a decisão final se dá sem o seu conhecimento e é confirmada subsequenteemente. O processo de internação é ato administrativo do hospital que confia, de forma plena e incontestável, no diagnóstico do médico que a determina.

Na verdade, o diagnóstico e o tratamento de doenças mentais ainda não atingiram o desenvolvimento científico alcançado pelas patologias físicas, o que

dificulta o prognóstico. E o diagnóstico, em tais condições, conduz, por conta da internação, à estigmatização, à segregação e ao isolamento do convívio social do indivíduo. A homossexualidade, por exemplo, até há pouco tempo, também era catalogada como distúrbio mental, o que denota o longo caminho que a medicina psiquiátrica ainda tem que percorrer.

Assim, o debate acerca das internações involuntárias deságua, conseqüentemente, nas discussões sobre os direitos humanos, a dignidade da pessoa e o respeito aos seus direitos civis, especialmente a capacidade de consentir, de manifestar a vontade e, portanto, em examinar a justificação da internação como valor terapêutico.

Por conseguinte, o ponto de partida a destacar é a forma de avaliação do doente mental no que concerne à sua capacidade de expressar a vontade, respeitando-lhe os direitos como ser humano dotado de inteligência, aquilatando se o internamento será benéfico para a reabilitação e melhoria da qualidade de vida. Entretanto, mostra-se perigoso, da perspectiva do paciente, imprimir-se crédito absoluto à justificação para o internamento e negar relevância aos direitos legais, baseando-se no fato de que o internamento é necessariamente benéfico.

As justificativas de que os indivíduos que apresentam desordens mentais estão sujeitos à modificação de comportamento que podem levar à prática de atos violentos e perigosos para a sociedade, incluindo-se aí assassinatos, estupros e outros crimes violentos, são as principais causas que clamam pelo internamento como forma mais eficaz de livrar a sociedade dessas pessoas, bem como se considera o melhor meio de tratá-las. Desse modo, se lhes impõe verdadeira detenção involuntária, sem que se ofereça assistência jurídica de qualquer ordem, a fim de permitir resguardo de seus direitos mínimos.

As internações psiquiátricas também geram, iniludivelmente, desordem na vida social dos internados, quando estes retornam ao convívio da sociedade, porquanto em qualquer incidente que ocorra no curso de sua vida, sempre virá à tona aquele internamento passado, como paradigma sempre presente.

Nas internações involuntárias, os hospitais psiquiátricos, comumente, não revelam circunstancialmente a natureza da desordem mental do paciente, nem justificam, detalhadamente, a internação. Assim, evita-se que o paciente conteste ou formule questões a respeito da internação ou do tratamento, eis que já foi

“diagnosticado” como incapaz para manifestar sua vontade. Daí a necessidade premente de se ter um controle legal acerca disso, a fim de preservar os direitos e resguardar os interesses das pessoas.

As discussões a respeito das doenças mentais, como já mencionado, ainda não atingiram um estágio tal que ofereça diagnósticos com pouca probabilidade de erro. Uma pessoa pode apresentar quadro psicótico, depressão profunda ou estágio avançado de demência, o que leva a certas decisões clínicas. Deixando de lado tais evidências e tendo em vista que a capacidade mental e as desordens mentais nunca são as mesmas, variando de pessoa para pessoa, surge a pergunta: quando é que a doença afeta a consciência a fim de impedir o discernimento? Este é um dos núcleos da presente discussão. Presume-se que o indivíduo, uma vez internado involuntariamente, não tem permissão para decidir a respeito de si mesmo. Assim, é essencial a existência de suporte que defenda a sua pessoa e interesses, a fim de que possa ter acesso às decisões do tratamento e não venha a perder, sem o devido processo legal, a capacidade civil.

Após a internação do indivíduo por transtorno mental, há que se buscar, desde o primeiro momento, reintegrá-lo ao convívio familiar e social, não se permitindo que esse elo seja rompido, mantendo-se a família em permanente contato físico, uma vez que é ela que estará gerindo os direitos e obrigações daquele interno que perdeu parte da capacidade de administrar, por si só, os negócios da vida civil.

Silva (2002:15) sustenta que:

Nesse processo de inclusão social é preciso desconstruir os “muros” que estão entre o indivíduo e a sociedade, com ele é preciso também desconstruir as representações e o imaginário social, na busca pela cidadania na saúde mental.

O quadro que desponta, atualmente, é o de uma população de internos mentais, caracterizada e estigmatizada pela segregação e com perda total de direitos os mais elementares.

Ainda seguindo as lições de Silva (2002:16):

O indivíduo tido como 'doente mental', perde os horizontes. A lógica do mercado exclui todo aquele que se mostra incapaz para a produção, as instituições de ensino condenam o aluno que foge ao padrão estabelecido. As necessidades e carências dessa população exigem uma postura interdisciplinar, onde os vários aspectos de sua problemática possam ser visualizados e repensados no enfrentamento do sofrimento mental.

Resta mais do que nítido que qualquer ato de internamento para tratamento de distúrbio mental deve guardar íntima relação com a necessidade de salvaguarda dos direitos do doente, supervisão periódica por equipe multidisciplinar, acompanhamento familiar, e que o tratamento apresente resultados positivos quanto à patologia que deu origem ao internamento.

O princípio da salvaguarda dos direitos deve ser o elemento necessário e indispensável para qualquer internação. Mesmo porque as internações involuntárias ou o contínuo enclausuramento indeterminado devem ser sempre revistos por períodos curtos de tempo, a fim de que não tragam prejuízos irreparáveis à pessoa.

Para que os direitos humanos sejam respeitados, a criação de um sistema de acompanhamento é essencial nos procedimentos de internação involuntária, vez que, embora venha a submeter-se à internação, a pessoa não é declarada judicialmente incapaz para reger os atos da vida civil.

Tal mecanismo servirá, então, para assistir o paciente durante todo o tempo em que estiver internado, adotando posição de defesa de seus direitos, agindo, perante os poderes públicos, sempre que necessário e quando ocorrer qualquer transgressão de direitos, como também para discutir ou questionar os atos procedimentais de internamento e tratamento e a condição mental da pessoa ao longo da estadia no hospital.

Os atos procedimentais de internamento devem ter por modelo a equidade na proteção tanto dos interesses da sociedade como da pessoa apontada como doente mental. A adequação dessa paridade e o balanceamento do que é mais benéfico é fundamental para revisar-se o estigma da segregação em hospitais psiquiátricos.

Rotular a pessoa de doente mental não é propósito da reforma psiquiátrica. Deve-se, pois, sempre dar-lhe oportunidade de questionar tanto o diagnóstico que lhe é proposto quanto o ato de internamento e o tratamento em si, quer administrativa, quer judicialmente. Essa oportunidade, contudo, não lhe é concedida. A partir do diagnóstico, que jamais é questionado, o doente mental não mais ali é considerado pessoa capaz, o que atenta contra a dignidade da pessoa humana.

Nesse tocante, é exigível a incrementação de elementos que possam conduzir ao questionamento do diagnóstico ou possibilitar a reavaliação e, mesmo que venha a ocorrer a internação, que se resguarde o doente de abusos, respeitando-se o direito à expressão e mantendo-se, sempre que possível, o convívio social. Essas regulações permitirão, certamente, que o doente supere a doença ou que com ela possa conviver sem perder a qualidade de vida.

O problema das internações psiquiátricas sempre foi algo negligenciado pelos poderes públicos e pela própria sociedade. No entanto, o ato de internamento envolve sérias restrições à liberdade, sendo camuflados os abusos cometidos nas instituições, mesmo porque as internações não sofrem qualquer fiscalização.

Os debates acerca das internações psiquiátricas são áridos e temas relacionados às desordens psíquicas, que podem levar a incapacidade, não são contemplados na legislação, o que dificulta, sobremaneira, a atuação dos operadores do Direito em defesa das garantias e liberdades das pessoas acometidas de doenças mentais, não se lhes podendo, por isso, implementar a melhor forma de tratamento para que não sofram segregação nem perda completa da capacidade civil.

O movimento antimanicomial clama por nova construção social na saúde mental, que deve se aproximar das reais necessidades daqueles que se apresentam para tratamento e que têm alguma incapacidade para cuidar de si mesmos, devendo, também, inclusive, prever punições àqueles que utilizam o sistema manicomial inapropriadamente.

Além dos maus-tratos ocorrentes e denunciados constantemente por familiares e pela mídia em alguns estabelecimentos psiquiátricos, há também todo um aparato estatal de manipulação do sistema de internamento, onde são públicos e

notórios os casos de abusos psiquiátricos que vão desde o eletrochoque às ofensas a integridade física e moral das pessoas que lá procuram ajuda.

Demais disso, é indiscutível que o Direito não tem o controle do internamento psiquiátrico, como deveria, por se tratar, na forma da lei, pura e simplesmente, de decisão médica. Entretanto, quando se visitam os hospitais e clínicas psiquiátricas, vê-se que a lei não é observada quando se realizam internações tidas como voluntárias, pois, na verdade, caracterizam-se elas pela absoluta involuntariedade dos pacientes, que assinam termos sem ter sequer consciência de si mesmos.

A cultura manicomial ainda está muito arraigada nos meios médico, político, jurídico e social, necessitando de nova conformidade cultural-institucional para que se implementem as bases que são apresentadas na lei de reforma psiquiátrica, que não deve ir contra os internamentos de forma absoluta, mas estabelecer uma diminuição gradativa dos leitos à medida em que as novas políticas institucionais forem sendo implementadas.

O sistema de internamento provou, por si só, que não oferece alternativas para os indivíduos internos, seja na possibilidade de resultados positivos de saúde, seja no restabelecimento da capacidade civil, que lhe foi retirada involuntariamente e sem qualquer processo ou procedimento legal, com direito a ampla defesa e o contraditório, seja, ainda, na possibilidade de reinserção social.

Deve-se também levar em conta que há relatos de que as internações psiquiátricas, muitas vezes, infelizmente, deixam de ser procedimento médico e técnico para constituírem-se em atos envolvidos pelos mais variados matizes, de interesse social, pessoal, patrimonial ou familiar, o que também é razão para justificar a adoção de revisões periódicas das internações por equipe multidisciplinar.

A Reforma Psiquiátrica, portanto, não diz respeito somente à questão clínica, mas a toda uma reestruturação cultural e comportamental da sociedade, ressaltando-se o resgate da cidadania e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes psíquicos.

4. A capacidade e a incapacidade à luz da lei civil e do contexto de vida

A capacidade, além do conceito catalogado no Código Civil, pode ser entendida como a existência de qualificações básicas inerentes ao ser humano, para a participação da vida em sociedade e para a solução de problemas interpessoais (gerenciamento de sua vida pessoal e patrimonial) e de aprendizagem (assimilação e desenvolvimento da capacidade de inteligir).

A noção de capacidade, como a aptidão do indivíduo para relacionar-se com o mundo externo e desenvolver o “eu” interior, é de grande importância para servir de parâmetro para avaliar aqueles indivíduos que apresentam certas deficiências ou distúrbios, capazes de modificar essa aptidão, comprometendo o relacionamento pessoal e social, o que pode levá-los a sofrer segregação ou a lhes ser imposto certo tratamento, que, ao longo do tempo, implicará restrições àquela capacidade, conduzindo-o a ser gerido ou assistido por terceiro idôneo.

No mundo hodierno, as relações sociais tornaram-se mais intensas, mesmo porque as capacidades individuais têm sofrido sucessivas superações dado o complexo fenômeno da informação instantânea abrangendo todos os quadrantes do planeta. A avalanche de informações é de tal monta que o mundo de hoje é interativamente compartilhado, transcendendo o mundo individual.

O mundo social em que atualmente se vive está cheio de fragmentos da realidade representados por simbolismos, em que cada indivíduo torna-se participante desse sistema de informação através de ações, nas instituições, nos valores culturais, nas tradições, etc. A individualidade de cada um submete-se, cada vez mais, portanto, ao meio em que vive, tornando-se refém e dependente dele.

A pessoa sofre, na sua individualização, um processo de socialização que irá amoldar o seu caráter moral e ético (a personalidade) naquele meio social, ante a configuração em que esteja inserido. Para cada situação é previsível determinada reação que deve se conformar com certos limites, modelos ou estereótipos de referência social.

A pessoa tem a capacidade de analisar, tirar conclusões, formular perguntas a si própria e contestar ações que lhe são contrárias ou ofensivas, da mesma forma que recebe estes influxos das pessoas com quem se relaciona. É neste processo de individuação/socialização que se realiza e se externa a

capacidade de autogerir, demonstrando o indivíduo entendimento e discernimento plausíveis e razoáveis das coisas e respondendo a todo tipo de diferentes reações sociais de uma forma ética, preservacionista e solidária.

De outro viés, tem-se que a capacidade, segundo o art. 5º, do novo Código Civil (Lei nº 10.406/2002), promulgado em 2002 e com vigência a partir de 11 de janeiro de 2003, cessa, de maneira plena, aos 18 anos de idade. A partir dessa idade, a pessoa está capacitada para exercer todos os atos da vida civil, ou seja, adquirir direitos e contrair obrigações.

A personalidade jurídica, porém, começa com o nascimento. Assim, todo indivíduo é sujeito de direitos. Porém, até que atinja a maioridade, o exercício da capacidade de fato condiciona-se à representação ou à assistência, embora detenha ele a capacidade de direito. Nesse sentido, não há restrições à capacidade, porque todo direito se materializa para efetivação ou está apto a concretizar-se. Quem tem aptidão para adquirir direitos deve ser capaz de gozá-los e exercê-los por si ou por via de representação ou assistência, não importando a inércia do sujeito em negação ao próprio direito, pois deixar de utilizá-lo pode ser uma das formas de fruição.

Por outro lado, a privação total da capacidade de uma pessoa implicaria a extinção da sua personalidade. Por exemplo: se ao homem, como sujeito de direito, fosse negada a capacidade jurídica genérica para adquiri-lo, a consequência seria o seu aniquilamento no mundo jurídico, a sua morte civil. Assim, como toda pessoa tem personalidade, tem também a faculdade, mesmo que abstrata, de gozar e usufruir seus direitos.

No ordenamento jurídico brasileiro, a capacidade de direito e o direito à personalidade não podem ser recusados a qualquer pessoa, sob pena de ofensa às garantias e aos princípios constitucionais.

Ocorre, contudo, que a lei confere cuidados especiais a certas classes de indivíduos a quem faltam os requisitos materiais para governarem-se com autonomia na sociedade civil. Embora não lhes seja negada a capacidade de gozo ou de aquisição, a lei recusa-lhes a autodeterminação, interditando-lhes o exercício dos direitos e a aquisição de obrigações, pessoal e diretamente, condicionando, sempre, à intervenção de uma terceira pessoa que os represente ou os assista.

Entende Pereira (1976:223) que:

A ocorrência de tais deficiências importa em incapacidade. Aquele que se acha em pleno exercício de seus direitos é capaz, ou tem a capacidade de fato, de exercício ou de ação; aquele a quem falta a aptidão para agir, não tem a capacidade de fato. Regra é, então, que toda pessoa tem a capacidade de direito, mas nem toda a de fato. Toda pessoa tem a faculdade de adquirir direitos, mas nem toda pessoa tem o poder de usá-los pessoalmente e transmiti-los a outrem por ato de vontade.

Diante disso, constata-se que a cumulatividade das capacidades de direito e de fato constitui a regra e a existência da capacidade apenas de direito a exceção, explicitamente delimitada em lei, ou seja, somente por exceção e nos casos expressos em lei é que se recusa à pessoa a capacidade de fato. Daí decorre que a ninguém é conferido o direito de renunciar à sua capacidade ou de se declarar incapaz ou de reduzir a própria capacidade.

O Direito brasileiro, como o Direito mundial, entende por pessoa o ser humano ao qual se atribuem direitos e obrigações e que pode exercê-los diretamente ou por representante legal, sendo, portanto, a personalidade jurídica a exteriorização da capacidade do homem no seio social, discorrendo sobre os seus direitos e deveres.

Porém, a ocorrência, ao longo da vida, de determinados fatos e circunstâncias, faz com que algumas pessoas não possam exercer diretamente todos os atos de sua vida, como se dá, por exemplo, com os doentes mentais que têm reduzido o discernimento acerca das coisas.

Nesses casos, a pessoa é representada por curador até que se restabeleça a lucidez. Nem por isso, entretanto, o indivíduo, portador de transtorno mental, deixa de adquirir direitos e contrair obrigações, mantendo ativa a sua participação no seio social enquanto pessoa e cidadão.

Qualquer definição é considerada insuficiente para se fixar a alienação mental como comprometedora da capacidade de discernimento de uma pessoa, por isso que é árdua a tentativa nesse sentido, tanto levada a efeito pela ciência médica quanto pela do direito, pois as anomalias psíquicas variam desde pequenos distúrbios ocasionais, cujo enquadramento como gerador de incapacidade sempre fomenta controvérsias, até o estado de total insanidade de fácil percepção.

O novo Código Civil estabelece, no art. 3º, “que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil:

- I - os menores de dezesseis anos;
- II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos;
- III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Já o art. 4º dispõe que “são incapazes, relativamente a certos atos, ou a maneira de os exercer:

- I - os maiores de dezesseis e os menores de dezoito anos;
- II - ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido;
- III - excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;
- IV - pródigos.

Em versão mais progressista, o Código novel suprimiu a expressão loucos de todo o gênero, optando por uma linguagem menos estigmatizadora. Suprimiu, também, os pródigos e os silvícolas da catalogação de absolutamente incapazes, passando os primeiros a figurar como relativamente incapazes e destinando à legislação autônoma a regulamentação quanto aos últimos.

Quanto à deficiência mental como causa para perda do gozo direto dos atos da vida civil, verifica-se que o legislador preocupou-se em resguardar a classe de pessoas que sofrem desse mal contra abusos, desrespeitos e discriminações, pois, somente quando diagnosticada a doença mental pela Psiquiatria, a pessoa pode ser declarada incapacitada, absoluta ou relativamente para os atos da vida civil.

A incapacidade, assim chamada, constitui restrição à capacidade de fato, limita o poder de agir, conferindo certos cuidados a esta categoria de pessoas, com o fim precípua de protegê-las.

Existem alguns autores civilistas, principalmente estrangeiros como Planiol, Rippert e Ruggiero, apud Pereira (1976:229), que distinguem a incapacidade natural das incapacidades legais, a primeira correspondendo ao estado físico ou intelectual da pessoa e as segundas as que são ditadas pelo ordenamento jurídico. No direito brasileiro inexistente tal distinção. Toda incapacidade decorre da lei,

independentemente de sua origem ou forma, e, conforme esclarece PEREIRA (1976:229):

É sempre a lei que estabelece, com caráter de ordem pública, os casos em que o indivíduo é privado, total ou parcialmente, do poder de ação pessoal, abrindo, na presunção de capacidade genérica, a exceção correspondente estritamente às hipóteses previstas.

A incapacidade resulta, portanto, da coincidência da situação de fato em que se encontra o indivíduo e a hipótese legal de diminuição da capacidade. A vontade é o pressuposto de qualquer ato jurídico válido e a sua ausência, pois, conduzirá, fatalmente, à ineficácia do ato.

O instituto das incapacidades foi criado para a proteção daqueles que apresentam deficiência física ou mental que os impeça de, lucidamente, manifestar a vontade. A proteção dessas pessoas, no âmbito civil, se dá em relação à aplicação de princípios legais definidores, na apreciação dos efeitos ou no aproveitamento e na ineficácia dos atos jurídicos praticados.

A falta de discernimento demanda atenção especial a esses indivíduos, por parte da sociedade, por cujo intermédio o ordenamento jurídico procura protegê-los, bem como determina a adoção de tratamento especial a fim de restabelecer o equilíbrio psíquico, rompido em consequência das condições mentalmente deficitárias.

Pereira (1976:231), nesse tocante realça que:

As deficiências podem ser mais ou menos profundas; alcançar a totalidade do discernimento; ou, ao revés, mais superficiais, aproximar o seu portador da plena normalidade psíquica. O direito observa estas diferenças, e em razão delas, gradua a extensão da incapacidade, considerando, de um lado, aqueles que se mostram inaptos para o exercício dos direitos, seja em consequência de um distúrbio da mente, seja em razão da total inexperiência, seja em função da impossibilidade material de participação no comércio civil; de outro lado, os que são mais adequados à vida civil, portadores de um déficit psíquico menos pronunciado, ou já mais esclarecidos por uma experiência relativamente ponderável.

A grande questão que atormenta tanto os juristas quanto os médicos psiquiatras relaciona-se à fixação do alcance da alienação mental em relação à

incapacidade do paciente, ante a imensa diversidade que podem assumir os estados psicopatológicos e a gradação variadíssima de sua extensão, desde a loucura (perceptível pelo aspecto furioso e insano do seu portador) até os distúrbios menos pronunciados e de difícil percepção, que só a experiência e a evolução tecnocientífica podem diagnosticar.

Freitas (2002:14), comenta que:

A Organização Mundial de Saúde estabelece uma diferenciação entre a sintomatologia, as deficiências e a incapacidade, nos seguintes termos: “O conceito de enfermidade se refere geralmente a um estado ou a um processo percebido como desviante com respeito ao estado de saúde normal (estado de sofrimento ou estado inquietante) implicando uma lesão ou um disfuncionamento fisiológico (demonstrado ou presumido), e podendo ser descrito em termos de sintomas. De acordo com a classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens, uma deficiência corresponde a ‘toda perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica’. Uma deficiência determinada pode ser um sintoma numa enfermidade, porém ela indica sempre mais uma perturbação funcional do que um diagnóstico nosográfico específico. Por exemplo, um déficit cognitivo corresponde precisamente a uma deficiência sem por isso ser uma enfermidade específica. A incapacidade se define como ‘uma redução (resultante de uma deficiência) parcial ou total da capacidade de realizar uma atividade segundo uma maneira ou nos limites considerados como normais para um ser humano.

A incapacidade aludida no Código Civil diz respeito a todos os casos de distúrbio mental, a toda espécie de desequilíbrio das funções cerebrais, sejam as que provêm de qualquer malformação congênita, sejam as decorrentes de uma enfermidade geral ou específica, sejam as decorrentes de acidente. Enfim, na concepção da lei estão compreendidas todas as enfermidades, vícios ou lesões que afetem o comportamento psíquico da pessoa na sua vida e na relação com a sociedade, bem como qualquer anomalia ou deficiência psico-cerebral que implique supressão do entendimento ou da vontade, ou redução do discernimento, capazes de comprometer a conduta, ou torne a pessoa inapta para reger-se e administrar seus bens.

E essa incapacitação, prevista por lei, exige procedimento específico, a fim de que a pessoa seja oficial e formalmente declarada incapaz, com a nomeação

de curador para gerir sua vida e interesses. A lei, entretanto, a acautela para que não sofram qualquer perda moral, social ou patrimonial.

A prática das internações realizadas pela maioria dos hospitais psiquiátricos ofende muitas vezes a direitos irrenunciáveis e inalienáveis da pessoa, como a liberdade em todas as suas modalidades, chegando a ferir princípios e regras fundamentais que norteiam o ordenamento jurídico pátrio, uma vez que o paciente é separado do convívio social e declarado alienado mental, involuntariamente, sem o estabelecimento do devido processo legal e sem as garantias do contraditório e da ampla defesa, vivendo à míngua e à disposição do instituto psiquiátrico, sem direito de saber que tipo de tratamento está a receber, quanto tempo ficará internado, qual a doença de que está acometido e sem que tenha qualquer pessoa que o assista na sua defesa e de seu patrimônio, bem como nas relações obrigacionais existentes antes do advento da doença mental, uma vez que qualquer manifestação de vontade é ignorada, já que proferida por um “louco”.

Quando se busca analisar o conteúdo das internações psiquiátricas, principalmente as voluntárias, vêm à mente algumas indagações: até que ponto a pessoa acometida de transtornos mentais tem condições de manifestar a vontade livre e consciente para se apresentar em hospital psiquiátrico e receber tratamento, na forma de internação? Essa vontade livre perdura no decorrer do tratamento, podendo o paciente discutir a conduta terapêutica que lhe está sendo aplicada? Pode o paciente interromper o tratamento e, assim, obter alta do hospital?

Esses são alguns questionamentos que se pode fazer, tendo em vista a falta de assistência social e jurídica para quem procura internamento. O que se vislumbra na maioria dos hospitais psiquiátricos é que a pessoa, mesmo internada “voluntariamente”, perde a autonomia da vontade, deixa de exercer sua capacidade plena, fica desassistida do mundo civil, não sendo consideradas quaisquer observações críticas a respeito da conduta hospitalar.

As internações psiquiátricas, caracterizadas pela falta de condições da pessoa de manifestar a vontade livre e consciente, mereceram a atenção da Reforma Psiquiátrica que inseriu o Ministério Público como partícipe do processo de internação, ao determinar a obrigatoriedade da unidade hospitalar psiquiátrica comunicar-lhe, no prazo de 72 horas, a internação e a alta do paciente. Essa medida visa à proteção dos interesses daqueles que não têm o poder de discernimento

acerca do que lhe está acontecendo (a medida de internação). A lei, entretanto, não estabeleceu previsão explícita da conduta que o Ministério Público deve adotar para fazer o acompanhamento adequado, deixando-a ao prudente arbítrio da autoridade ministerial.

Não é desarrazoado focar, aqui, rapidamente, questão concernente à reabilitação da capacidade, que engloba uma série de programas assistenciais, que se destinam aos pacientes psiquiátricos. A clientela desse processo vincula-se àqueles pacientes que vivem, literalmente, confinados em instituições psiquiátricas, bem como àqueles que sofrem do estigma por terem sido pacientes psiquiátricos, além de uma clientela jovem envolvida com tóxicos.

Na psiquiatria, a recuperação ou a reabilitação do paciente estão comumente relacionadas diretamente com a cura. Contudo, ainda não se conseguiu na medicina curar doenças mentais agudas ou consideradas graves. Ante tal situação, a tendência dos médicos psiquiatras é enfatizar a recuperação do doente mental em termos de reabilitação psicossocial ou em termos de readaptação, no sentido de se manter a qualidade de vida pessoal e social que supere a doença mental: a pessoa convive com a doença que é controlada através de medicamentos e psicoterapias.

Há que se extirpar a máxima de que ser portador de doença mental é o mesmo que ter perdido a autodeterminação, o autocontrole, a capacidade de viver normalmente e de conviver com o próximo, reduzindo-se a vida aos sintomas que o transformam em paciente de algo incontrolável e que precisa ser segregado, em alguém que não pode trabalhar, constituir família, assinar documento, responder pelos seus atos.

Do que se expôs, é imperioso ater-se a certas questões que são fundamentais para que a reforma psiquiátrica obtenha êxito e reste intocável o respeito aos direitos humanos fundamentais dos enfermos mentais. A primeira delas diz respeito ao modelo de assistência médica até então adotado. No momento em que a assistência sair dos umbrais do hospital psiquiátrico e se deslocar para uma rede comunitária de serviços, há que se terem, nesse tipo de programa, indicadores de reabilitação psicossocial.

A segunda questão fundamental é em relação ao desrespeito à cidadania dos doentes mentais. A partir do estigma “doente mental”, a pessoa perde o direito à

cidadania de forma compulsória, sem direito de defesa e sem qualquer assistência jurídica, daí a importância da inserção do Ministério Público quando da internação involuntária.

5. A intervenção do Ministério Público na tutela do direito de liberdade frente às internações psiquiátricas involuntárias

Num espaço relativamente curto de tempo, o Ministério Público transformou-se de órgão encarregado da ação penal e de interveniente, na qualidade de *custos legis*, em causas cíveis de reduzida repercussão social, em “instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado”, incumbida da “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.” (art. 127, da Constituição Federal/88).

Dessa forma, o Ministério Público, que antes esgotava a atuação na atividade puramente processual, passou a assumir a responsabilidade pela solução de questões que dizem com o Estado Democrático de Direito e a cidadania, que são objetivos absolutamente indissociáveis.

Nesse passo, a Lei Estadual Cearense nº 12.151/93, ao tratar das internações psiquiátricas compulsórias, inseriu o Ministério Público como partícipe do processo, ao estabelecer, no art. 4º, que:

Art. 4º. A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

E o parágrafo segundo, do mesmo artigo, assinala que:

§ 2º. O Ministério Público procederá vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos para atendimento psiquiátricos, para fins de verificação do correto cumprimento do disposto nesta Lei.

Na esteira dessa concepção, a Lei nº 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica), estatui, no parágrafo primeiro, do art. 8º, que:

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico pelo estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

A Portaria nº 2.391/2002, do Ministério da Saúde – cuja legalidade não cabe aqui discutir -, que, em face da Lei nº 10.216/2001, regulamenta o controle das internações voluntárias e involuntárias, dispõe, no art. 4º, que:

Art. 4º [...] as internações involuntárias, referidas no art. 3º § 2º, deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias:
I – ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer.

Essa notificação, a teor que do que prescreve o art. 5º, deverá ser procedida no prazo de 72 horas.

Ao Ministério Público cabe também: registrar a notificação das internações psiquiátricas involuntárias, bem como das voluntárias que se tornam involuntárias, para o devido controle e acompanhamento (art. 6º); receber do estabelecimento de saúde o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 horas após a manifestação do paciente que, no decurso de uma internação voluntária, exprimir discordância quanto à internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a internação a caracterizar-se como involuntária (art. 7º); participar da Comissão Revisora das Internações psiquiátricas involuntárias, para o acompanhamento dessas internações (art. 10); solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento e realizar entrevistas com o internado, familiares ou quem julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado.

A atuação do Ministério Público, impulsionada por seus representantes, agentes políticos que atuam na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos direitos individuais indisponíveis, sociais, difusos e coletivos, está iniludivelmente compromissada com a cidadania. E, nessa perspectiva, o compromisso extrapola a obrigação puramente institucional para abranger a sociedade e cada cidadão que sofre violência, discriminação ou desigualdade, principalmente no que diz respeito ao enfrentamento de questões sociais das mais

variadas nuances. Por conseguinte, essa atuação, em defesa da Saúde Pública, exige postura interdisciplinar na conjugação de esforços com outros setores e profissões, a fim de que se democratizem e sejam respeitados, nas instituições manicomiais, os direitos elementares dos internos, como pessoas e como cidadãos.

A participação do Ministério Público no âmbito da saúde mental e em especial nas internações psiquiátricas involuntárias é imprescindível, porquanto essas internações devem ser enfrentadas como forma de exceção no tratamento e envolvem tanto o cerceamento de liberdade do paciente como o estado de incapacidade em que está imerso, bens jurídicos cuja proteção constitui dever intrínseco dessa Instituição.

Importante ressaltar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos proclama o direito à liberdade de locomoção, elegendo o direito ou liberdade de ir e vir como pressuposto que afasta qualquer restrição à plena satisfação da liberdade pessoal e material da pessoa humana.

Além disso, o art. 5º, LIV, da Constituição Federal, consagra no campo dos direitos e garantias fundamentais do indivíduo, que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal”.

Dessa forma, ao Ministério Público não cabe apenas receber o devido comunicado de internamento involuntário ou atuar somente naquelas hipóteses dos normativos legais citados, mas efetivamente zelar pelo respeito aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, contidos na Lei nº 10.216/01, quais sejam: acesso ao melhor tratamento; tratamento com humanidade visando alcançar a recuperação; proteção contra qualquer forma de abuso; garantia do sigilo quanto às informações prestadas; direito à presença médica para esclarecer a necessidade ou não da internação involuntária; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; recebimento do maior número de informações a respeito da doença e tratamento; tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

De observar-se que a resistência médica em aceitar a intervenção do Ministério Público vem se debelando paulatinamente, porquanto se as decisões médicas em torno das doenças mentais guardarem sintonia com o respeito aos ditames legais pertinentes, a atuação ministerial servirá também para convalidar a credibilidade do trabalho médico e responsabilizar aqueles que levam as decisões

de internação psiquiátrica para além das evidências sintomatológicas e do diagnóstico da doença mental.

A posição médica, por razões óbvias, difere da visão do operador do direito, porquanto ambos examinam a questão por prismas próprios. Inobstante, não é razoável pensar que a internação involuntária se restrinja a uma única opinião médica, sem que outra posição clínica seja permitida e nem tampouco se deixe de admitir a intervenção jurídica acerca dos direitos do paciente psíquico.

Por outro prisma, os debates e as situações práticas têm evidenciado a necessidade da interferência de um órgão que fiscalize a correta observância dos direitos dos doentes mentais, principalmente quando se trata de internações involuntárias, relevando-se, assim, a participação do Ministério Público nesse mister.

É verdade que esses debates por vezes resvalam para a disputa entre Medicina e Direito ou entre o tratamento psiquiátrico e os direitos civis de liberdade, materializando antagonismo entre os interesses do paciente e a proteção dos seus direitos.

Conciliar esse conflito é o ideal a perseguir. Um grupo defende os direitos, o respeito às leis como guardiães das liberdades; o outro vê a doença mental como uma prerrogativa absoluta do médico. Uns acreditam fielmente na palavra do médico; outros pensam ser melhor haver proteção legal contra eventuais excessos.

Claras são as vantagens que advêm da inclusão do Ministério Público na fiscalização das internações psiquiátricas, principalmente as involuntárias, ressaltando-se o fato de tratar-se de instituição independente em todos os aspectos, tendo compromisso unicamente com a lei e com o respeito aos direitos humanos, podendo, por isso, atuar de forma imparcial, oferecendo, desse modo, segurança jurídica à instituição psiquiátrica, aos profissionais que nela militam, aos doentes mentais, familiares e a própria sociedade.

Expressa Moraes (2000) que:

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

Enfim, o Ministério Público tem de estar apto a cumprir a missão constitucional de defesa dos direitos, garantias e prerrogativas sociais e dos direitos individuais indisponíveis, nos quais se insere o direito à dignidade da pessoa humana atribuído também obviamente ao doente mental, inscrito na Carta Constitucional como um dos mais importantes princípios consagrados pela sociedade brasileira.

CAPÍTULO II - HISTÓRICO E SIGNIFICADO DO MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL, NO CEARÁ E EM FORTALEZA

A saúde, no início do século XIX, era concebida como um bem de natureza privada, no âmbito da tutela dos interesses individuais, cabendo ao Estado interferir em caráter de caridade e de benevolência.

Já no final do mencionado século, foi inaugurado o período de transformação no modo de tratar o que se chamava loucura. O conhecido louco daquela época deixou de ser um problema social e a psiquiatria passou a dar atenção a esse campo. PINEL¹ marcou pela luta por avanços na forma de tratamento e FREUD² trouxe novos conceitos teóricos, passando a loucura a ser objeto de estudo científico.

Desde os primórdios do tratamento da “loucura”, algumas indagações sempre persistiram: as internações psiquiátricas são um mal ou um bem necessário? E para quem? Para o indivíduo ou para a sociedade?

A discussão, desde então, fixou-se, não só nos meios assistenciais, nas questões clínicas, mas foi mais além no que diz com a cultura da sociedade e o seu modo de encarar os doentes mentais, bem assim com a tolerância do meio social aos comportamentos anômalos e suas crises.

Vale recordar que o primeiro movimento de assistência efetiva para com o doente mental no Brasil foi em 1841, quando, por decreto, foi autorizada a construção de hospício com o objetivo de eliminar a perturbação de inúmeros loucos que perambulavam no Cais do Porto do Rio de Janeiro.

Em 1852 foi inaugurado o Hospício Pedro II, recebendo, de plano, pacientes encaminhados pela Santa Casa e por uma instalação provisória existente na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro.

Com a Proclamação da República, surgiram as duas primeiras colônias para a internação de pessoas com problemas de natureza mental, o Hospital de

¹ Médico francês. Substituiu pela brandura a violência, até então usada no tratamento dos alienados. KOOGAN, Abrahão e HOUAISS, Antonio. Enciclopédia e Dicionário Ilustrado. 4ª ed., São Paulo, Ed. Delta. 2000, p.1256.

² É o fundador da Psicanálise, método de investigação psicológica empregado no tratamento das neuroses através da procura das tendências e influências reprimidas no inconsciente do indivíduo e do seu retorno ao consciente pela análise. Ibidem. P.716

Juqueri, em Franco da Rocha – SP, e o Hospital São Bento, na Ilha do Governador – RJ, que fora desativado por uma epidemia de malária e de febre amarela.

Nesta época, as colônias eram o que de melhor se poderia oferecer à população, mas a partir da década de 50 o sistema entra em colapso em face da superlotação e do alto custo operacional, culminando com uma incontornável crise da assistência psiquiátrica estatal, a qual tem reflexos até hoje.

Em resposta às críticas sobre os manicômios, a República decreta em 1890 – Decreto nº142-A, a desvinculação do Hospício Pedro II, hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Outros decretos republicanos começaram a normatizar a política de saúde mental nacional, merecendo destaque o Decreto nº 508/1890, que cria a Assistência Médica e Legal a Alienados – AMLA, e outras leis específicas, como as de nº 2.321/1910, que garante o transporte gratuito para os alienados; nº 2.738/1912, que concede verbas para a criação de novas colônias; e nº 4.242/1921, que destina recursos para o ambulatório do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, destinado à “profilaxia das doenças nervosas e mentais”. De observar-se que, àquela época, a política de saúde mental tinha como referência assistencial as colônias, mas já esboçava um entendimento no sentido de dotar o país de ambulatórios e ações preventivas.

Após a afirmação do Estado Social, a saúde emerge como primeiro papel de bem estar do Estado, sendo entendida como condição de equilíbrio funcional, físico e psíquico do indivíduo, harmonicamente integrado no seu ambiente natural e social.

Nesta perspectiva, cumpre destacar que o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da explosão do movimento sanitário, nos anos 70, com a procura incansável em prol da mudança dos modelos de atenção e gestão nas ações e serviços de saúde, com o objetivo de efetivamente qualificar um novo perfil sanitário-assistencial.

Tal movimento foi pautado em uma concepção histórico-social de explicação da doença, do doente mental e das práticas terapêuticas respectivas, objetivando resgatar a dignidade da pessoa humana, contando com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes com transtorno mental.

No cenário social brasileiro, marcado pela ditadura e pela censura, pelo fim do período milagre econômico, pela reorganização da sociedade por intermédio do ressurgimento dos sindicatos e dos partidos políticos, as idéias de Foucault, Goffman, Castel, Szaz, Basaglia e outros tiveram uma forte influência. Esse período é considerado por Amarante (1995) como o primeiro momento da reforma brasileira, no que diz respeito à assistência à saúde mental - o momento da “trajetória alternativa” desse processo.

Traçando por princípio uma periodização do movimento reformista no Brasil, Amarante (1995) apresenta um segundo momento, quando, no período político da Nova República, o movimento de Reforma Sanitária e de Reforma Psiquiátrica incorpora-se ao aparelho estatal e no qual a crítica original medicina/psiquiatria e da neutralidade da ciência cede lugar para a idéia de um novo modelo administrativo, com o propósito de resolver os problemas da saúde pública/saúde mental da população.

Segundo o mesmo autor, trata-se de um momento institucionalizante do processo. E, em seguida, registra o terceiro momento, o da desinstitucionalização, cujo lema POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS retrata a medida do resgate da crítica da institucionalização da medicina/psiquiatria, sob o pálio da influência da tradição basagliana. Nesse compasso da trajetória da Reforma Psiquiátrica, o modelo intervencionista é modificado: as macropolíticas dão espaço à reinvenção do cotidiano com ênfase nas experiências localizadas.

Para exemplificar tal modificação, vale utilizar uma situação de Rotelli et al (1990:21), na qual eles definem essa nova concepção de objeto e de intervenção:

Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é, portanto, nesse sentido, “a instituição” nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto “doença”. Mas se o objeto ao invés de ser “a doença” torna-se a “existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com

o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para esse objeto bastante diferente do anterior.

Dessa forma, há de se compreender a Reforma Psiquiátrica como um movimento, um processo histórico constituído pela crítica ao modelo existente e mudança de paradigma com o intuito de permitir um tratamento com a legítima preocupação da inserção social e familiar da pessoa acometida de transtorno mental.

No Brasil, a Lei nº 2.312, de 03 de setembro de 1954, que estabeleceu, Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde, em seu art. 22, dispõe que, *verbis*:

Art. 22. O tratamento, o amparo e a proteção ao doente nervoso ou mental serão dados em hospitais, em instituições para-hospitalares ou no meio social, estendendo a assistência psiquiátrica à família do psicopata.

Por outro lado, surge com o objetivo de regulamentar a referida lei o Decreto nº 49.974 A, de 21 de janeiro de 1961, que se constituiu como o Código Nacional de Saúde, merecendo destaque os artigos 75, 76 e 85 do mencionado decreto, *verbis*:

Art.75. A política sanitária nacional, com referência à saúde mental, é orientada pelo Ministério da Saúde, no sentido da prevenção da doença e da redução ao mínimo possível, dos internamentos em estabelecimentos nosocomiais.

Art.76. O Ministério da Saúde estimulará o desenvolvimento de programas de psico-higiene através das organizações sanitárias das unidades da federação, visando a prevenção das doenças mentais, para o que se dará ampla assistência técnica e material.

Art.85. O Ministério da Saúde organizará e estimulará a criação de serviços psiquiátrico-sociais de assistência tanto aos pacientes egressos de nosocômios, como as famílias, no próprio meio social ou familiar.

Como se pode perceber, tais documentos normativos já davam guarida ao atendimento psiquiátrico extra-hospitalar.

Cumprе salientar que antes do advento da legislação tutelar dos doentes mentais eram eles recolhidos às cadeias públicas ou às Santas Casas de Misericórdia, mormente quando apresentavam comportamentos inadequados ou perigosos.

A internação, por sua vez, no início do século XX, era vista como a única saída possível de tratamento aos acometidos de doença mental, sendo o isolamento e a segregação tidos como essenciais, contribuindo tanto para a proteção do indivíduo, como também para a paz e o bem estar das famílias e da segurança da sociedade.

O primeiro provimento normativo brasileiro que tratou especificamente da doença mental foi o Decreto nº 1.132/1903, o qual dispunha sobre a reorganização à assistência aos alienados. De inspiração na legislação francesa, este decreto, assinado pelo Presidente da República Rodrigues Alves, objetivava unificar a política assistencial no país e estimular a construção de hospitais especializados nos Estados-membros. O modelo assistencial proposto e que vigorou até a edição da Lei 10.216/2001, era o hospitalocêntrico e centralizado, enfatizando a vedação de colocação de alienados em prisões e relevando o tratamento médico.

Em 1934, foi editado o Decreto nº. 24.559, que tratou, basicamente, da doença mental em si e da proteção à pessoa e aos bens dela. Abordou, também, a fiscalização dos serviços de psiquiatria. Ante o caráter tutelar dessa norma, os doentes mentais perderam os direitos civis que passaram a ser tutelados pelo Estado, tendo sido substituída a expressão alienados por psicopatas, com abrangência aos psicopatas, aos toxicômanos, aos intoxicados habituais e aos indivíduos com suspeitas de doença mental.

Em 1970, inaugurou-se o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, com o propósito de discutir um modelo assistencial em substituição ao vigente, determinado pela criação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, aberta, inserida na comunidade e direcionada para a inserção psicossocial. Essas idéias plasmaram as discussões sobre o assunto no Brasil, as quais se acrescentaram os imprescindíveis ingredientes das nossas circunstâncias e peculiaridades.

Até 1979, o cenário, em seu contexto, permaneceu o mesmo. Contudo, naquele ano desencadeou-se uma série de denúncias de maus tratos e tratamentos

degradantes e indignos à pessoa humana nos hospitais psiquiátricos, pelo que se retomou a discussão em torno de novas alternativas de tratamento.

A década de 80 foi marcada pela redemocratização do país, com novas conquistas na área social. Mas, inobstante isso, permaneceu o modelo assistencial centrado na hospitalização, com os inconvenientes da segregação e exclusão social. Foi nesse contexto que surgiu o projeto de lei Delgado (1992), que ressaltou:

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a justiça e o direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar – da única forma possível – o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar da sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos.

Em 1987, realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro, tendo sido proposto o redimensionamento da assistência psiquiátrica, no sentido de se reduzirem os leitos psiquiátricos, substituindo-os por serviços alternativos.

Esse encontro adveio das lutas sociais contra o regime manicomial da década de 70, época na qual afloravam as mais diversas denúncias de violência aos doentes mentais e apareciam os primeiros ensaios clínicos acerca de experiências comunitárias no tratamento da saúde mental.

Como é de conhecimento, no mundo inteiro proliferavam propostas de desospitalização e reestruturação da assistência psiquiátrica, enquanto no Brasil, naquele período de regime militar, incrementava-se o aumento de leitos e a contratação de leitos privados nos hospitais psiquiátricos tradicionais, estimulando o desenvolvimento de um verdadeiro “parque manicomial”.

Indubitavelmente, a partir da década de 1990 houve a procura exaustiva por uma política alternativa para o setor psiquiátrico, com o objetivo de resgatar a dignidade dos doentes mentais no processo de conscientização popular de respeito à cidadania, restando estabelecido novo modelo assistencial extra-hospitalar. Surgiram organizações familiares e comunitárias de serviços de saúde mental, que tiveram papel relevante na defesa e garantia dos direitos humanos dos doentes mentais, com legitimidade e representatividade cada vez mais crescentes.

O projeto da denominada Reforma Psiquiátrica Brasileira culminou, após longo período em tramitação no Congresso Nacional (1989), com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e aponta para a necessidade imediata de reformar a assistência psiquiátrica então vigente, centrada nos hospitais psiquiátricos, e de garantir os direitos de cidadania aos doentes mentais.

Tal reforma visa, sobremaneira, desmistificar a feição dos hospitais como instituição de enclausuramento, para imprimir-lhes índole de hospital que responda às exigências médico-ambulatoriais e sociais, ante a demanda que os procura.

Os altos índices de cronificação das doenças mentais, a imprevisibilidade de duração do tratamento psiquiátrico e a incapacitação social dos internos afiguram-se como as principais questões que são abordadas para a mudança do tratamento psiquiátrico, que envolve muito mais do que uma simples reforma física no interior dos hospícios, mas deve atingir a atenção básica e ambulatorial, a assistência à família e a instalação de unidades psiquiátricas comunitárias, expandindo-se para além do espaço asilar, introduzindo a psiquiatria no campo público da saúde mental.

Outro ponto que merece destaque na história das internações psiquiátricas diz respeito ao paradoxo entre se pretender tratar e proteger as pessoas portadoras de doenças mentais e os limites impostos, de forma compulsória, aos seus direitos de cidadania. O desrespeito à pessoa humana não é exclusividade desses hospitais, que são apontados como um dos principais focos de negligência à pessoa; também decorre de outras formas de tratamento, como, por exemplo, a ambulatorial e a que cuida da administração de medicamentos, pois, se não humanizadas, ocasionarão ao doente mental desrespeito à sua dignidade enquanto pessoa.

A Lei nº 10.216/01 define, enfim, a proteção dos direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, estabelece os objetivos do tratamento em regime de internação hospitalar e regulamenta as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias. Além disso, determina que o tratamento dispensado seja integral e oferecido por equipe multidisciplinar, bem como que a internação hospitalar só deva ser utilizada em última instância, quando os recursos extra-hospitalares e

ambulatoriais não forem suficientes. Estabelece também a descentralização do modelo assistencial, baseando-se nos princípios de utilização de rede diversificada de serviços, comunitária, na qual a atuação terapêutica seja a menos restritiva possível, ou seja, que o paciente não sofra qualquer tipo de marginalização.

Outra inovação é a proibição de internação em instituição asilar que não contemple características terapêuticas adequadas e necessárias ao tratamento do paciente.

A lei referida, mais que uma norma jurídica, é, também, uma carta de princípios, estabelecendo os direitos dos doentes mentais, desestigmatizando-os, garantindo o acesso aos melhores recursos terapêuticos disponíveis e fomentando a criação de rede de serviços, diversificada e descentralizada, através de políticas públicas específicas de desospitalização e de tratamento ambulatorial e comunitário.

Delgado, ao discutir o projeto de lei da Reforma Psiquiátrica, de sua autoria, afirma que o modelo previsto intervém apenas diretamente no setor assistencial e deixa à margem as questões referentes à cidadania, quando se refere ao direito essencial e constitucional de liberdade e ao caso do tratamento obrigatório, destacando que a lei ressaltou apenas o modelo assistencial em si, consistente no rearranjo dos serviços, modelo e método de atendimento e na ruptura do paradigma manicomial. Ao discutir a cidadania, Delgado retoma o tema da incapacidade civil prevista no Código Civil, ante a expressão ali adotada; “loucos de todo o gênero”.

Campos, apud Kantorski (1992:10) aborda o modelo assistencial, entendendo-o como um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político e configura-se em uma “*síntese cambiante*” que requer a concretização de diretrizes políticas e de princípios éticos, jurídicos, organizativos, clínicos, sócio-culturais, epidemiológicos e o desejo de viver saudável. Ao elaborar a crítica ao projeto de reforma, refere que este tem sido muito mais *anti* do que *pró*, carecendo dirigir-se da negação para a superação. Destaca que, além dos limites financeiros, o Brasil convive com o enfoque abusivamente normalizador das disciplinas em saúde mental e com uma transposição mecânica de diretrizes ordenadoras dos sistemas públicos de saúde – como é o caso da hierarquização e da regionalização. Alerta que a hierarquia dos serviços pode determinar a fragmentação da doença, impor rigidez de papéis e uma lógica definida por interesses corporativos ou burocráticos.

O autor remarca que, para assegurar a qualidade do cuidado e a legitimação dos serviços públicos pelos usuários, devem-se ter presentes as “noções de vínculo, da acolhida e de responsabilizar-se pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual, que deveriam sobredeterminar todo o desenho de modelo em saúde – assegurar os contornos e o rítmico de movimento do redemoinho.”

O processo de reforma é lento e ainda não se constituiu rede de serviços de saúde mental adequada, capaz de suprir, de forma alternativa, que não do internamento, a demanda dos portadores de distúrbios mentais. Uma coisa são os serviços existirem formalmente, mas insuficientes e ineficazes na realidade contextual.

Para Amarante (1994:04):

 Não mais se refere exclusivamente à reformulação dos serviços, ao rearranjo do aparato assistencial-normativo, nem reestruturação do texto jurídico que trata da matéria; não significa ainda a descoberta de novas técnicas, de uma escuta ou de uma terapêutica perfeitamente qualificada e competente, de por assim dizer, definitiva. Reforma psiquiátrica, no nosso entendimento, é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação a sociedade para com o doente. A reforma psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no poder médico psiquiátrico até as práticas em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais.

Desde a edição da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Nº 10.216/01), dedica-se atenção para a necessidade de criação de novos modelos alternativos, com a constituição de rede de atendimento em saúde mental que possa atuar em substituição ou em complementariedade aos hospitais psiquiátricos, a exemplo do CAPS, que proporciona atendimento primário e serviços ambulatoriais, com vistas à redução dos custos com a psiquiatria hospitalar, bem como promove o desenvolvimento e a manutenção dos enfermos no convívio com o meio social, diferentemente do que ocorre nos internamentos em que as pessoas são compulsoriamente segregadas do meio em que vivem, sem qualquer assistência jurídica para a proteção de seus direitos. Assim, a proposta é desenvolver rede extramanicomial eficiente que humanize o atendimento psicossocial.

Na visão de Portocarrero (1997):

Essa mudança no enfoque da atenção psiquiátrica das internações para os serviços de atenção primária e secundária fez com que a incidência de internações se constituísse num parâmetro importante em psiquiatria, tendendo a ganhar relevância nos trabalhos de avaliação de qualidade.

Fatores que concorrem para a manutenção indefinida das internações são os diagnósticos psiquiátricos aferidos em cada paciente, porquanto se apresentam de baixa confiabilidade, não pela falta de competência dos profissionais de saúde, mas sobretudo pela carência de esquema teórico passível de comprovação laboratorial e universal dada a forma rápida e superficial pela qual muitas vezes são realizados, sem embargo da dificuldade na definição e precisão dos vários aspectos das doenças mentais.

Além disso, cumpre ressaltar que hoje se propaga no meio psiquiátrico uma gama extremamente ampla de diagnósticos (catalogação das doenças e distúrbios mentais) para um número reduzido e de eficácia duvidosa das condutas terapêuticas a serem aplicadas aos pacientes.

A redução do número de leitos psiquiátricos é um fator irreversível e está associado à nova política de saúde mental do país, que está procurando transmutar o atendimento hospitalar/internamento para a assistência extra-hospitalar, com a criação de ambulatórios e de outros serviços de saúde mental de atenção primária e secundária. Pretende-se, com essas medidas, conseguir maior racionalização das internações e oferecer aos usuários outro tipo de atendimento que não o enclausuramento, visando à diminuição dessa demanda.

Já resta, sem dúvida, comprovado, por ser fato público e notório, que a grande massa dos internamentos psiquiátricos ocorre involuntariamente. As justificativas para isso, geralmente ressaltadas pelos familiares, são as mais diversas possíveis e vão desde o discurso sintomatológico, de sofrimento, de comportamento perturbador do doente, até a acusação de marginalidade, de causador de crise nas relações familiares, de fomentador de incompreensão e intolerância ao ambiente e de representar perigo social.

As internações, que poderiam ser de curta duração, não o são, restando a permanência compulsória nos leitos, gerada, inclusive, pela transposição de

pacientes de hospital para hospital. Não existe, em alguns casos, estímulo à convivência e às atividades que propiciem terapia ocupacional eficaz, além de inexistir qualquer tipo de privacidade, prevalecendo a permissividade e até a promiscuidade.

A entrevista do médico psiquiatra, por sua vez, limita-se, na maioria das vezes, aos parâmetros da sintomatologia, buscando determinar a especificidade e a classificação do comportamento, diagnosticando, por exemplo: agressividade, delírios, insônia, agitação, ansiedade, angústia, medo, embotamento afetivo, descuido com a higiene pessoal, hipoatividade, etc.

Em geral, o procedimento terapêutico é o mesmo para todos os pacientes, não individualizando e respeitando as características de cada indivíduo, prevalecendo, sobremaneira, a administração de psicofármacos.

Na realidade, o que ocorre é que os hospitais psiquiátricos não têm outra sistemática além de agenciar a classificação e a distribuição dos internos, segundo os critérios de percepção e de diagnósticos alheios ao que é cientificamente esperado, seja pelos pacientes e respectivas famílias, seja pela sociedade em geral. O diagnóstico torna-se, assim, de certa forma superficial, o que concorre para comprometer ainda mais a doença em vez de reabilitar a pessoa. Pronunciado o diagnóstico, retira-se do paciente qualquer expectativa de que o hospital possa reavaliá-lo ou mensurar a qualidade do serviço prestado.

A humanização do tratamento consiste em compreender o sofrimento existencial do paciente, não só como unidade biológica, mas também como ser existente, sujeito social com prerrogativas de direitos fundamentais irrenunciáveis e indisponíveis, a fim de que se permita retrair e oportunizar a manifestação acerca do tratamento a ele destinado, de acordo com os sofrimentos e os condicionamentos peculiares a cada indivíduo.

Evidentemente que qualquer evolução no quadro patológico do paciente a partir do ingresso no sistema e ao longo do tratamento durante toda a internação deve constar no prontuário, e não, como se vê em muitos casos, permanecer a mesma sintomatologia descrita quando do internamento.

O paciente também não recebe, na maioria das vezes, atenção afetiva, social ou institucional que melhore o quadro de reabilitação. As atividades de terapia ocupacional reduzem-se a tarefas de natureza pré-escolar (uso de massa de

modelar, lápis de cor, etc) às quais não se justifica submeter adultos, muitas vezes com plena capacidade. Este tipo de trabalho, certamente, só conduz à regressão e não à superação da doença, uma vez que se induz ao paciente a idéia psicológica de que só tem aptidão para aquele tipo de tarefa elementar, extirpando-lhe o entendimento de que é capaz de desenvolver trabalhos de maior complexidade, o que só demonstra a irracionalidade do sistema psiquiátrico dominante.

Pode-se, assim, destacar que os principais problemas que envolvem a predominância do tratamento das enfermidades mentais em hospitais psiquiátricos são: a falta de planejamento para a atenção devida à demanda; a ausência de unificação e integração dos serviços; o fato de que os serviços não garantem a continuidade dos cuidados e a verificação da progressão da doença ou a melhoria do paciente, limitando-se a atuar nos casos de surtos; a despersonalização da atenção, o que desfavorece qualquer compromisso ético ou profissional dos implicados no tratamento; e a ausência de mecanismos democráticos que possibilitem a participação dos usuários, de suas famílias e da sociedade nos procedimentos de programação, desenvolvimento e avaliação da eficiência e qualidade dos tratamentos psiquiátricos dispensados.

Por outro lado, cumpre reforçar que o isolamento físico e psicossocial favorece a violação aos direitos básicos de qualquer ser humano, bem como leva à estigmatização do paciente, da sua família e das relações sociais que mantinham.

Assim, é necessário que haja maior investimento destinado aos tratamentos alternativos e comunitários a fim de que sejam ampliados; que o acesso a eles se torne mais fácil e que haja maior resolutividade; além de se exigir da rede hospitalar o respeito à pessoa humana, prestando serviço de qualidade, com internamento apenas na forma de exceção, pelo menor lapso temporal possível, ou seja, após exauridas, sem êxito, as outras formas de atenção.

É preciso, também, aumentar e melhorar a eficiência da atuação dos centros de ação comunitária, estimulando, orientando, ensinando e conscientizando sobre a saúde mental, como forma de compromisso com o ser humano, superando preconceitos e tabus.

O grande óbice, porém, que se antepõe à efetiva implementação desse novo modelo assistencial, reside na lógica do mercado capitalista, que se tem mostrado mais forte do que as necessidades sociais e sanitárias, prevalecendo os

interesses econômicos dos hospitais psiquiátricos particulares, com o apoio corporativo de segmentos dos profissionais de saúde, circunstância que dificulta a promoção da desospitalização consciente e racional.

É sabido que os hospitais psiquiátricos privados mantêm-se com suporte que advém primordialmente dos internamentos pagos pelo SUS, independentemente da qualidade do serviço prestado.

Nesse contexto, a falta de conscientização e respeito à pessoa humana, bem como a ausência, ainda, de implementação efetiva de alternativas terapêuticas, fomentam obstáculos para a integração de familiares e da sociedade na reforma psiquiátrica.

O fechamento dos hospitais psiquiátricos ou a redução de leitos não podem ser efetivados somente visando à diminuição dos gastos públicos. Antes, deve ser prevista contrapartida adequada com a criação de serviços alternativos, quer sejam comunitários, ambulatoriais ou domiciliares.

A conquista que se busca no âmbito da saúde mental não é só a extinção progressiva dos manicômios e a substituição por serviços ambulatoriais e comunitários/domiciliares, mas e principalmente o rompimento do paradigma clínico da loucura e o seu vínculo com a periculosidade e a necessidade de segregação dos indivíduos acometidos de doença mental, com a conseqüente privação dos direitos de cidadania.

Somente a edição de lei não é bastante para modificar a estrutura psiquiátrica construída há muitos anos, na qual prevalecia e ainda prevalece a contratação, pelo Poder Público, de leitos privados nos hospitais psiquiátricos tradicionais, estimulando o desenvolvimento de um amplo parque manicomial, ao contrário do que vem acontecendo no resto do mundo, em que o sistema está voltado para propostas de desospitalização e reestruturação da assistência psiquiátrica.

Assim, há que se proceder a profunda reflexão acerca do modelo assistencial vigente e da concretização da reforma psiquiátrica estabelecida em lei, o que, inegavelmente, constitui ponto de partida para a defesa da cidadania daqueles que são excluídos da sociedade por apresentarem qualquer distúrbio mental, mesmo que sejam capazes de exercer normalmente todos os atos da vida civil,

cabendo também pensar-se na reforma psiquiátrica como meio de quebrar certos tabus e preconceitos.

Os hospitais psiquiátricos, por sua vez, são vistos como instituições segregadoras e de violência aos direitos humanos. Os grandes embates para a mudança dessa concepção referem-se às dificuldades de financiamento para a criação de serviços alternativos (ambulatoriais, CAPS, comunitários, etc), à aceitação das pessoas (principalmente familiares) em acolher o doente mental, à coordenação dos serviços, à lentidão na adoção de políticas sociais e de saúde, à contratação de pessoal qualificado, dentre outras.

Kantorski (2001:08) registra:

Considero oportuno refletir primeiramente sobre o contexto histórico em que se inserem estes artigos. Na década de 90 o processo de contradições na sociedade brasileira encontra-se cada vez mais acirrado. A tônica neoliberal orienta grande parte dos encaminhamentos dados pelos governantes. No âmbito da saúde, por exemplo, observa-se um retraimento nos investimentos públicos em saúde e um grande retrocesso relativo ao descompromisso do Estado com a manutenção de um sistema de saúde pública de acordo com o que havia sido preconizado na Constituição de 1988. Explicita-se uma tendência de que a lógica de mercado sirva como reguladora no acesso aos serviços de saúde, ficando a cargo do Estado apenas aqueles que não conseguirem garantir a sua saúde pelas vias do mercado. Em contrapartida, a sociedade tem respondido a isto com a organização de lutas por projetos emancipatórios, que visem garantir um sistema de saúde mais solidário que não venha a pautar-se na lógica da exclusão. A exemplo desta resistência temos as lutas pela Reforma Sanitária e a luta pela Reforma Psiquiátrica. Comumente argumenta-se, na tentativa de desqualificar o movimento, que estas lutas são iniciativas corporativas e segmentadas de pequenos grupos sociais. Entretanto, concretamente o surgimento destes novos movimentos sociais tem proposto novas formas de participação e construído novas identidades sociais. Acrescento ainda, que o processo de articular a resistência em uma sociedade é complexo, exige atores diversificados e tem se caracterizado historicamente por ser construído pela minorias defensoras de interesses contra-homogêneos.

Efetivamente, a maior dificuldade que se encontra no tratamento do doente mental consiste no preconceito social, em razão do qual a doença mental está “culturalmente” ligada à violência e à periculosidade, não permitindo compreender o doente, o que impede que a situação de sofrimento e a própria

doença sejam enfrentadas e superadas. Assim, há que se estabelecerem novas relações, não tanto com a doença em si, mas principalmente com a pessoa que sofre, na geração de serviços particularizados e não generalizadores, eis que cada caso é singular, devendo receber tratamento individualizado e específico, sendo imperioso trazer à percepção de todos, inclusive dos profissionais de saúde, que a doença não totaliza a pessoa, ou seja, não compromete a pessoa em todos os seus estágios e atos na vida civil, pois pode ela perfeitamente relacionar-se e fazer parte da vida em sociedade. De outra sorte, as instituições psiquiátricas, ao rotularem os doentes mentais, internando-os, segregando-os da vida em sociedade e retirando-lhes os direitos elementares de qualquer pessoa, podem constituir-se em perigoso instrumento aos próprios cidadãos “sãos”, na medida em que ficarão estes sujeitos apenas à discricionariedade absoluta da própria instituição.

A discussão denota a complexidade do tema tratado, a partir da constatação de que o internamento, ou a assistência hospitalar psiquiátrica tradicional, está muito a dever à sociedade, uma vez que não tem cumprido o objetivo de curar a doença mental, cuidar do doente e restabelecê-lo ao convívio social. Ao revés, as instituições psiquiátricas apresentam-se como fator de exclusão, segregação e violência relativamente aos indivíduos que ali aportam.

Além do caráter excludente do modelo manicomial de internamento, verifica-se, ainda, a inexistência da participação comunitária no processo de segregação do indivíduo e a fragilidade, também, de uma equipe multidisciplinar, a fim de dar assistência àquele internado, desconcentrando a assistência que é centrada na figura exclusiva do médico, uma vez que a internação configura eminente ato médico. Observa-se, ainda, que não há registro efetivo acerca de orientações a pacientes ou familiares para melhor compreensão da doença mental e do seu tratamento.

A doença mental, enquanto tida como fenômeno complexo, requer a integração do indivíduo, da família, dos serviços e da comunidade, visualizando-se na educação elemento primordial para a democratização do conhecimento e modo de compreendê-la.

Há, notoriamente, enorme distância entre os propósitos teóricos e a prática efetiva na reestruturação da assistência para a saúde mental.

Seguindo as lições de Kantorski (2001:11):

É interessante perceber que esta reflexão parte para uma análise crítica dos serviços que estão sendo estruturados, avançando na discussão acerca do novo paradigma e do modelo assistencial que este propõe. Constitui-se numa referência fundamental no sentido de repensar formas de assistir o doente mental que não reproduzam o pensamento, o fazer, enfim, toda a estrutura manicomial. Estas experiências e reflexões contribuem para reestruturar as práticas em saúde mental sem retornar aos mesmos pressupostos de periculosidade, exclusão, causa-efeito, entre outros, que voltam a reproduzir a cultura manicomial. Considero ser esta uma tarefa muito complexa, já que a simples extinção dos manicômios não garante a desconstrução dos modos de pensar e fazer que instituíram formas tão arraigadas de lidar com a loucura.

Os hospitais psiquiátricos, enquanto instituições de ressocialização do indivíduo, deixam muito a desejar, eis que, desde o ingresso, o paciente é tomado unicamente com o significado de tratar de doença mental, agregado a toda uma reprodução generalizada de normas, regras e padrões que organizam e sistematizam o complexo asilar, ambientando-o ao internamento e aos trabalhos da equipe terapêutica.

Aí surgem alguns questionamentos: em torno do que e de quem se organizam os serviços de saúde, do internamento e de sua manutenção? Os interesses giram em órbita da burocracia do Poder Público, da hierarquia e dos interesses corporativos? E, como fica o respeito ao cidadão, enquanto ser de direitos e obrigações e com capacidade de expressar-se e exigir aquilo que lhe pertence e, no caso de internamento, o respeito à sua dignidade e integridade física e psíquica?

Há que se dar ênfase a trabalhos participativos da comunidade, com o exercício da cidadania, despertando para os direitos e deveres no convívio social e propondo a discussão sobre a percepção social das doenças mentais. Também se impõe uma nova visão acerca dos contextos onde se têm produzido novas formas de pensar os distúrbios mentais, considerando as contradições, as sub-condições e os conflitos da existência humana, que, na maioria das vezes, são produzidos socialmente.

Atualmente, a posição é de redução, ao máximo, dos internamentos, dado o novo modelo de medicina psiquiátrica que se tenta implementar com a reforma psiquiátrica. Este modelo quer estar apto para estender o tratamento ao domicílio do

doente mental, sem que este sofra as exclusões, segregações e estigmas, capacitando, ainda, a família, dando-lhe condições de aceitar e amparar o doente, extirpando dela, assim, a concepção de que somente o internamento psiquiátrico é a solução para o problema. É preciso não esquecer, contudo, que o êxito disso reside na vontade estatal de implementar políticas públicas no sentido de dotar a família, mormente a de baixa renda, de suporte sócio/financeiro suficiente.

Observe-se que a falta de políticas públicas, para dar resolutividade a essas questões, é patente ao longo do tempo, em que pese à existência da Resolução CFM Nº 1.407, de 1994, que adotou os “Princípios para as Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 17.12.91, como “guia a ser seguido pelos médicos do Brasil”.

Nesses princípios foram contempladas as definições acerca do que consiste a assistência à saúde mental, dos locais em que se ofereça essa assistência, dos profissionais de saúde mental, do representante do paciente e do corpo de revisão.

Resta, também, definido neste último documento princípio relativo às liberdades fundamentais e direitos básicos, relacionando, dentre outros, *verbis*:

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

Isso não significa, contudo, que todos os problemas serão resolvidos e os leitos psiquiátricos extintos. Mas, a reforma psiquiátrica vem estimular o estudo científico para que se encontrem novas formas de cuidar do doente mental, através de tratamento-dia e/ou domiciliar.

Esse sistema revela-se, pois, com profunda raiz nos aspectos legais e éticos da nossa cultura e que precisam ser resgatados.

Juridicamente falando, pode-se entender que o principal marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a Lei nº 10.216/2001, malgrado todo o conteúdo de garantias e direitos ao cidadão trazidas pela Constituição Federal de 1988, em face de instituir um Estado Democrático destinado a assegurar “o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias...”.

Como dispõe a Lei da Reforma Psiquiátrica, no art. 1º, os direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno mental são “assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou o tempo de evolução de seu transtorno”.

O *caput* do art. 2º da lei ora mencionada estabelece clara preocupação com o direito constitucional à informação e transparência do processo de assistência à saúde mental, quando preleciona que “nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo”, conforme delimitado, *verbis*:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Ressalte-se, por oportuno, que o art.3º da retromencionada Lei dispõe ser “responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.”

Por fim, importante ressaltar que a Lei decantada preceitua três modalidades de internação psiquiátrica – voluntária (aquela que se dá com o consentimento do paciente), involuntária (aquela que se dá sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiro), e a compulsória (aquela determinada pela Justiça), prescrevendo que a internação em qualquer destas modalidades só será indicada quando os recursos extra-hospitalares não se mostrarem suficientes para a atenção adequada ao paciente.

Na tentativa de implementar o conteúdo programático da Lei de Reforma Psiquiátrica, foi editada a Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, do Ministério da Saúde, que, na forma de sua ementa:

Regulamenta o controle das internações psiquiátrica involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

O art. 2º define que:

Art. 2º internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

E o art. 3º estabelece como modalidades de internação psiquiátrica a involuntária (IPI), a voluntária (IPV), a voluntária que se torna involuntária (IPVI) e a compulsória (IPC).

Oportuno ressaltar que, a título de controle, a referida Portaria dispõe, no art. 10, que:

Art. 10º [...] O gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente.

§1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral, com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares.

Sem adentrar no exame do mérito da legalidade dessa Portaria Ministerial, tem-se que a existência de controle externo, por assim dizer, nas internações primariamente involuntárias e nas voluntárias tornadas involuntárias à luz desse normativo, faz-se necessária em face da incapacidade de entendimento da pessoa internada e submetida a tratamento que desconhece, e da compreensão do sentido e da realidade dos fatos, e se justifica porque o paciente é internado ou continua internado contra a sua vontade, com restrição compulsória de liberdade e ofensa a direitos fundamentais irrenunciáveis da pessoa humana. Cabe, então, à Comissão multidisciplinar reavaliar a necessidade, legalidade e conveniência da internação.

A fim de dar sustentação à busca de novo paradigma para a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi editada a Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelecendo as modalidades de CAPS (serviço ambulatorial de atenção diária que funcione conforme a lógica do território), definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Além disso, foi promulgada a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, instituindo o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, como parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob o comando do Ministério da Saúde.

No Estado do Ceará, com inspiração dos movimentos de reforma psiquiátrica no mundo e no Brasil, estabeleceu-se uma luta antimanicomial conjunta

entre os profissionais de saúde e familiares de pacientes psiquiátricos, objetivando a implantação da mudança de assistência e tratamento na área de saúde mental.

O Poder Legislativo do Estado do Ceará, discutindo a temática relativa à inserção do portador de transtorno mental no convívio da sociedade, antecipou-se à normatização federal, concernente ao processo de reforma à assistência psiquiátrica, e editou a Lei nº 12.151, de 29.07.1993, conhecida como Lei Mário Mamede, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e dá outras providências. No que diz respeito às internações psiquiátricas, esta lei determina no art. 4º que “A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento”. No parágrafo segundo, desse artigo, destaca que o Ministério Público procederá às vistorias necessárias e, no art. 5º, determina prazo de quarenta e oito horas para que todas as internações psiquiátricas, compulsórias ou não, sejam confirmadas, através de laudo específico, por Junta Interdisciplinar, composta por membros da comunidade, trabalhadores em saúde mental e representantes do Poder Público local.

Impõe-se registrar que a legislação estadual a respeito do tema é anterior à federal, mas imbuída nas mesmas concepções de saúde mental e em versão do projeto que então tramitava no Congresso Nacional. Entretanto, sempre caberá um esforço de compatibilização, até quanto possível, entre os dois textos. Como de conhecimento, a competência legislativa em tema de saúde, no campo constitucional, é concorrente, ou seja, a União edita normas gerais, secundadas pelo regramento estadual que com aquelas, obviamente, deve manter harmonia. Em caso, porém, de inevitável conflito entre ambas as dicções, aplica-se o disposto no art. 24, § 4º, da Carta Magna, isto é, “a superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que lhe for contrário”.

Diante da conscientização da necessidade de um novo modelo de assistência à saúde mental, vários municípios do Estado do Ceará procuraram apresentar mudanças significativas no tratamento aos pacientes com transtornos mentais.

Para Sampaio (2010):

A reconfiguração dos serviços de saúde mental, orientada para o cuidado no território, traz em si modificações nos modos de organizar os processos de trabalho e de produzir suas ações. Tal situação impôs urgência de ampliação das equipes de saúde mental na perspectiva de atender às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, buscando integrar o homem em suas diversas dimensões, por exemplo, biológica, ético-política, social, filosófica e religiosa. Emerge, portanto, uma dimensão de trabalho em equipe com seus fundamentos oriundos da interdisciplinaridade, rompendo a fragmentação dos saberes e hierarquização das relações, antes de subalternidade.

Em 1991, inaugurou-se, concretamente, o processo de Reforma Psiquiátrica no Ceará, com a implantação do primeiro CAPS, na Cidade de Iguatu. Já em meados de 1993, o segundo CAPS foi inaugurado na Cidade de Canindé. No mesmo ano, em Quixadá, foi inaugurado o terceiro serviço de assistência psicossocial contemporâneo à aprovação da Lei Estadual “Mario Mamede”.

No ano de 1995, as cidades cearenses de Icó, Juazeiro do Norte e Cascavel foram contempladas com o CAPS. Entre os anos de 1996/2000 foram criados os CAPS de Aracati, Itapipoca, Sobral, Morada Nova, Barbalha e Capistrano, além do primeiro CAPS em Fortaleza, mais precisamente no ano de 1998.

Infelizmente, há de se registrar que, nesse meio tempo, um marco negro se deu na história do processo de Reforma Psiquiátrica no Estado do Ceará. Foi precisamente em 04 de julho de 2006, quando, numa decisão histórica, a Corte Interamericana de Direitos Humanos proferiu a primeira sentença condenatória envolvendo pacientes psiquiátricos no Sistema Interamericano de Proteção de Direitos Humanos com pronunciamento sobre o mérito, reparações e custas. Considerou a Corte ser o Brasil responsável pela morte violenta de Damião Ximenes Lopes (morto em 04/10/1999, na Casa de Repouso Guararapes em Sobral-CE), e concomitantemente pelas violações a que foram submetidos seus familiares, que até a presente data aguardam por uma decisão do Poder Judiciário cearense.

Na decisão mencionada, a Corte determinou ao Estado brasileiro: o pagamento de indenização aos familiares de Damião Ximenes; a conclusão, em prazo razoável, do processo destinado a investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos ocorridos, com os devidos efeitos; a publicação, no prazo de seis meses, da sentença no Diário Oficial ou jornal de circulação nacional, e, ainda, o

procedimento do programa estatal de formação e capacitação dos profissionais que atuam na área de saúde mental, com observância dos princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de transtorno mental, de conformidade com os padrões internacionais.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza iniciou-se, de fato, a partir de 2005 quando o Município procedeu a tratativas para a estruturação da rede assistencial de saúde mental, com a contratação de nove equipes de saúde mental, bem como a instalação de novos equipamentos, de natureza de Centro de Atenção Psicossocial: 01 CAPS geral na SER I (Barra do Ceará); 01 CAPS AD na SER III (Antonio Bezerra); 01 CAPS na SER V (Mondubim); 01 CAPS Infantil na SER IV (Parangaba); e 01 CAPS AD na SER VI (Messejana). Relevante dizer que até 2004 a capital cearense contava apenas com três CAPS gerais.

Atualmente, acham-se presentes em Fortaleza quatorze Centros de Atendimento Psicossocial, dentre estes seis são gerais – 01 por Regional; seis AD e dois infantis, distribuídos entre as seis regionais da cidade, número, ainda, insuficiente para atender a demanda populacional do município, considerando que o objetivo primordial da Reforma Psiquiátrica é alicerçado na diminuição no número de leitos dos hospitais psiquiátricos e incremento da assistência extra-hospitalar (criação de ambulatórios e outros serviços de saúde mental na rede básica).

Ao longo da pesquisa, os interlocutores, à unanimidade, entendem que a Reforma Psiquiátrica está relacionada ao respeito à dignidade da pessoa humana e que os procedimentos psiquiátricos devem, obviamente, utilizar-se do elemento medicinal, mas a eles também se impõe, por sem dúvida, o manejo simultâneo do elemento social, visando à humanização dos hospitais, desmistificando o aprisionamento indefinido de pessoas em asilos, embora se observe, também, entre alguns, certa confusão entre o que se entende por reforma psiquiátrica e por reforma de assistência psiquiátrica.

Nesse tocante, importante trazer à baila o entendimento de Birman (1992:72), de que:

[...] a idéia de reforma psiquiátrica não se identifica absolutamente com a noção de assistência psiquiátrica (...). Vale dizer, a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um

tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear em outro lugar social para a loucura da nossa tradição cultural.

Há o reconhecimento, por parte da maioria dos entrevistados, de que o processo de transformação numa política adequada ao atual conceito de saúde, aos direitos humanos e de cidadania é lento e, portanto, decorre também da vontade política do administrador público.

Na primeira categoria de respostas, que versa sobre o entendimento do significado da Reforma Psiquiátrica, o grupo Gestores da Saúde (GS) a define traçando um breve histórico e dando ênfase ao fato de que deverá haver uma melhor estruturação dos CAPS, com objetivo de atender a demanda existente e crescente, para garantir a desospitalização e, por via de conseqüência, a implementação da Lei nº 10.216/2001.

Dando a palavra aos entrevistados, vemos o seguinte:

A reforma psiquiátrica, no meu ver, primeiro, é um grande avanço e uma grande mudança em termos do conceito do que é um paciente realmente portador de uma doença psiquiátrica porque o que existia historicamente era a segregação desses pacientes, o isolamento desses pacientes, em instituições, muitas vezes, na grande maioria das vezes, em locais péssimos, em péssimas condições de acompanhamento, tanto psiquiátrico, como nutricional, como de assistência social, etc; etc. e considerava casos de pessoas totalmente excluídas da sociedade, sem nenhuma possibilidade de tratamento, como algumas outras patologias que nós conhecemos como os portadores de hanseníase eram tratados também, como portadores de outras doenças mais. E a reforma veio exatamente corrigir esse aspecto, colocar que o paciente psiquiátrico, ele no lugar de ser isolado, trancado e afastado da sua família, ele deve, muito pelo contrário, no caso de necessidade extrema, casos de necessidade realmente aí, com indicação médica, pode até permanecer por algum tempo. Mas não se justifica um paciente psiquiátrico passar quase que perpetuamente isolado numa instituição que não tem nenhuma contribuição em termos de reverter ou melhorar a saúde da pessoa(GS 01).

A reforma psiquiátrica vem mudar esse enfoque. Primeiro considera sofrimento mental e não doença mental, ou seja, todas as pessoas estão sujeitas, em algum momento da sua vida, a necessitar de apoio profissional, sejam os próprios profissionais que lidam com isso, ou seja, a população geral. Então o modelo é não tirá-lo da sociedade, não tirá-lo do seio da família, da sociedade onde ele vive, e ter formas alternativas de acompanhar. Substitui os hospitais por outros modelos assistenciais. O principal deles é o CAPS – Centro

de Atenção Psico-social – que não é o único, é uma parte do modelo, mas vem desde a atenção básica o acompanhamento de problemas mais leves, das ansiedades, dessas coisas que nós temos, das pequenas depressões, isso tudo deveria está na atenção básica, à atenção especializada no Centro de Atenção Psico-social, e outras formas, além daqueles, aquelas pessoas que perderam o convívio familiar e que vivem ainda em regime asilado dentro do hospital, substituiriam isso com outras formas de terapêuticas como usuários abrigados ou a residência terapêutica que teria um aspecto mais familiar...(GS 03).

A Reforma Psiquiátrica, consolidada como política oficial do governo federal, é um processo político e social que objetiva transformação de práticas e saberes nos serviços de saúde, além de mudanças de valores culturais e sociais em relação a pessoas com transtornos mentais. A Reforma tem como principais metas a implantação de serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, a redução programada de leitos psiquiátricos no país, promover a reinserção social dos usuários dos serviços e a desconstrução da forma como a sociedade em geral percebe a loucura, associando-a muitas vezes a periculosidade e a impossibilidade de uma vida autônoma e socialmente integrada (GS 06).

Os Grupos Coordenadores de CAPS (CC) e Controle Social (CS) de interlocutores estabelecem, em uníssono, que a Reforma Psiquiátrica está passando por um processo de desospitalização e de reinserção do indivíduo no convívio social, mas que a reforma necessita, ainda, de institutos socializantes e de quebra de preconceitos em relação ao doente mental, como se pode observar nas seguintes falas:

A Reforma Psiquiátrica veio para modificar a forma de tratamento clínico da doença mental, gradativamente o modelo antigo da assistência em Saúde Mental está sendo substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando à integração da pessoa que sofre de transtorno mental, garantindo a cidadania, o respeito a seus direitos, sua individualidade e a reinserção social (CC 04).

É um processo de cunho psicossocial e político que tem o intuito de dar uma maior assistência aos pacientes que apresentem sofrimento psíquico leve, médio e grave. Permeia todo o cotidiano através de atividades de prevenção, assistência e promoção da saúde (CC 05).

A Reforma Psiquiátrica é aquela mudança no paradigma de um tratamento do paciente com distúrbio mental, mudando a figura do hospital, hospitalocêntrico, para trazer esse paciente, na maioria dos casos, para o convívio com a sociedade. Tentando esse tratamento com base em medicamentos, na base da participação de assistentes sociais, terapias ocupacionais, terapias alternativas, tentar ao máximo colocar ele junto à comunidade, trazendo ele de volta para

melhora do tratamento. Em resumo é essa mudança da visão de segregar, de colocar em hospital para trazer junto da comunidade e tratá-lo no meio (CS 05).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento que questionou o antigo modelo assistencial aos portadores de transtorno mental. Antigamente, a lógica do atendimento a essas pessoas era hospitalocêntrica, baseada no manicômio, que era considerado o lugar adequado para colocar os “doentes mentais”. A pessoa era então segregada e confinada, esquecida. Com a Reforma, se viu a necessidade de defender esses sujeitos, que mereciam um tratamento mais digno, sob a ótica da inclusão, e que isso se daria em uma sociedade mais tolerante com a diferença e com a deficiência, que essas pessoas deveriam ser tratadas preferencialmente em serviços ambulatoriais, que deveriam permanecer com suas famílias e deveriam ter acesso a um tratamento de melhor qualidade. A internação deve passar, então, de principal e primeira estratégia, à última. Além disso, os antigos manicômios tiveram que ser reformulados para hospitais com um atendimento multidisciplinar, que vise à reinserção e logo que possível o encaminhamento para a continuidade do tratamento nos serviços ambulatoriais, como os CAPS (CS 08).

Foi frisado pelo Grupo Dirigentes Hospitalares (DH), além do já consignado anteriormente, a necessidade de existência de equipes multidisciplinares para atendimento adequado aos pacientes, bem como a real efetivação de terapias alternativas.

A desospitalização a retirada doente do hospital, o acompanhamento dele fora do hospital trazendo uma melhora na qualidade de vida pra ele, uma re-socialização, onde ele seria acompanhado com médicos, uma equipe multidisciplinar, medicamentos, terapias de grupo, terapia individual, etc. Isso é o que tá bonito, lindo lá no papel da Reforma da Assistência Psiquiátrica do Brasil, então seria uma coisa fantástica se realmente ela tivesse efetividade (DH 03).

A reforma psiquiátrica no Brasil ela vem num momento muito propício para dar mais direitos e disciplinamento a questão do doente mental e, além disso, também como fundamental melhorar substancialmente o atendimento devido a uma série de implementações de normatizações com relação a exigências com relações a direitos a deveres tanto do paciente como do Hospital, então a reforma foi extremamente bem vinda, ela fez uma seletividade, selecionou os Hospitais que não se adequaram a essa sistemática tá! Tudo focando o melhor atendimento do paciente, eu vi e vejo com muito bons olhos a questão da reforma psiquiátrica, principalmente o que tange a universalização do atendimento, ou seja, a ampliação de medidas paliativas medidas de assistência na prevenção primária, na prevenção secundária, no sentido de se evitar a hospitalização (DH 04).

Resumindo, portanto, à última essência, o ideário do Movimento de Reforma Psiquiátrica, acolhido entre nós, após longos e exaustivos debates na área sanitária, médica, jurídica e parlamentar, prega, enfim, a substituição da internação psiquiátrica por modelos abertos de atenção à saúde, que melhor permitam a inserção social e familiar da pessoa acometida de transtorno mental.

CAPÍTULO III – RELATO DOS SUJEITOS: A RECORRÊNCIA À LUTA COMO SUBSTITUTO DO RIGOR E EXPLICAÇÃO DAS PRECARIIDADES

O enfoque do presente capítulo consiste na análise das entrevistas realizadas com todos os sujeitos, sobre a área de assistência à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza, a qual resultou na construção de cinco categorias diante das perguntas formuladas e considerando as respostas que surgiram com discurso mais recorrente.

Importante salientar que a primeira categoria de respostas foi tratada no Capítulo II, tendo em vista que na conceituação do que se entende por Reforma Psiquiátrica os atores da pesquisa trouxeram à baila, também, componentes de natureza histórica do processo nos três níveis políticos: nacional, estadual e municipal.

Desta forma, a segunda categoria de respostas é referente ao marco histórico, específico, da Reforma Psiquiátrica, no Município de Fortaleza, no período de 2001/ 2008.

Os interlocutores do grupo Coordenadores de CAPS (CC) destacaram como importante, no lapso temporal assinalado, ampliação dos serviços de saúde mental com a instalação de 06 CAPS Gerais, 06 CAPS AD e 02 CAPS I; o estabelecimento de tratamentos substitutivos/alternativos extra-hospitalares e não meramente o fornecimento de medicamentos e referências para internação; a criação de uma residência terapêutica; a articulação da atenção básica; a capacitação dos profissionais de saúde; o estabelecimento de uma política de redução de danos; o mapeamento do território local; a criação do programa “De Volta Para Casa”; a criação de ocas comunitárias e terapias comunitárias; a desativação de alguns números de leitos; e a melhoria na assistência ambulatorial realizada pelos CAPS, ressaltando as seguintes observações:

A necessidade de ampliação da rede de saúde mental, com abertura de mais dispositivos de cuidado, com 12 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS Geral e AD, residência terapêutica, articulação da Atenção Básica para cuidado com a saúde mental. Maior capacitação para os profissionais da saúde mental. Aumento de atendimento dos usuários que necessitam de um cuidado com saúde mental, sobretudo com a questão da dependência química (CC 02). Acredito que o aspecto de maior impacto foi a criação da rede de Saúde Mental em 2005. Fortaleza tinha apenas 3 CAPS e em 2005

passaram para 14, sendo 06 CAPS Geral, 06 CAPS AD e 02 CAPS I, 01, Residência Terapêutica, redução das internações em Hospital Psiquiátrico, a intervenção junto a família para tratamento, a notificação das internações compulsórias, dentre outros (CC 04).

O entendimento do Grupo Controle Social (CS) assemelha-se ao do anterior, destacando como relevante a ampliação do número de CAPS, no Município de Fortaleza, no período pesquisado; a humanização do tratamento, com a busca da reinserção social dos pacientes. Além disso, aponta, ainda, como positivo, o aumento do quadro de pessoal da rede assistencial de saúde mental e a criação da Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias – CRIPI, cujo papel tem sido importante para a fiscalização dos hospitais psiquiátricos, para o acompanhamento dos serviços de saúde mental e para a defesa dos direitos dos usuários. Destaca, porém, como pontos impeditivos para a evolução da reforma, a não-implantação dos centros profissionalizantes; a falta de residências terapêuticas em número compatível com a demanda; a falta de leitos psiquiátricos em hospitais gerais para atendimento, principalmente nas urgências; o não-funcionamento do CAPS no período integral de 24 horas, conforme as seguintes entrevistas:

A expansão da assistência de saúde mental à população, através da criação de novos CAPS por regional, atendendo as especificidades (geral, AD e Infantil), residência terapêutica e a vinculação com outras instituições de saúde. O matriciamento implementado de forma efetiva e a Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias (CRIPI) (CS 07).

A abertura de outros CAPS, que hoje são 14, inclusive dos tipos “Geral”, “AD” e “Infantil”; a composição da primeira CRIPI em 2003, que instituiu a entrada regular de uma comissão de fiscalização nos hospitais psiquiátricos e tem acompanhado a evolução destes serviços e defendido os direitos dos doentes; o fechamento do Hospital São Gerardo e a abertura da enfermaria dentro de um hospital geral; e cerca de 01 ano depois o significativo fechamento desta; a inauguração da primeira Residência Terapêutica (CS 08).

Este grupo detectou, ainda, como falhas do sistema de saúde mental, a insuficiência estrutural e numérica dos CAPS, ou seja, o seu desaparelhamento, a existência de profissionais em quantidade inferior à necessária, incapaz, portanto, de prestar assistência eficiente aos usuários que demandam tais equipamentos, que se apresentam, ainda, em número aquém do desejado, como se vê:

Durante o período 2001/2008 foram desativados um número considerável de leitos em hospitais psiquiátricos, com fechamento de alguns hospitais, e implantados alguns CAPS – (Centro de Atenção Psicossocial) com o objetivo de melhorar e ampliar a assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde - SUS. Contudo é de nosso conhecimento que os CAPS ainda são insuficientes numericamente e desparelhados para prestar a assistência que os usuários necessitam receber. Sendo importante destacar, que durante esse período não foram implantados em Fortaleza, Centros Profissionalizantes, Residências Terapêuticas, Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, Emergências Psiquiátricas em Hospitais Gerais e CAPS 24 horas. Para agravar a situação, a Unidade Psiquiátrica com 30 leitos instalada no Hospital Batista foi recentemente desativada (CS 01).

Já o grupo Dirigentes Hospitalares (DH), a exemplo dos grupos anteriores, apresenta a necessidade do aumento do número de CAPS como um fator preponderante para a implementação da reforma, com o fim de atender a população de modo adequado, evitando o processo de reinternação.

Não resta dúvida que realmente a implantação dos CAPS em Fortaleza, com a ampliação do quantitativo, melhorou demais em termo da atenção desse doente para não precisar de hospital, colocando-os em cada regional para o paciente ser melhor controlado, evitando o internamento. Mas, como eu disse na pergunta da questão anterior, o que falta é a efetividade, exatamente por que a gente não tem um segmento, uma prioridade que eu possa mencionar em relação ao atendimento ao doente mental. De certa maneira é uma vitória dos governantes municipais na busca da melhora do atendimento, da criação de novos CAPS e contratação de equipes profissionais multidisciplinares para poder evidenciar um atendimento melhor aos seus doentes (DH 03).

Por outro lado, embora reconheçam a implantação dos CAPS como marco, formulam críticas à falta de efetividade dos serviços em relação ao tratamento, ante a ausência de atendimento direto ao paciente, em local mais próximo de sua residência, e ausência de equipe multiprofissional, conforme destaque:

[...] o fato mais marcante que houve foi a implementação dos CAPS, porém eles, infelizmente, ainda deixam a desejar na questão numérica, [...] necessário ter um atendimento muito maior, bem mais amplo, embora já tenha avançado muito. Esta é a questão, a meu ver, prioritária. E o que pode melhorar são as questões ambulatoriais, pois nós não temos mais ambulatórios setorizados, de equipes psiquiátricas, em alguns bairros, para fazer tanto o

atendimento primário, como a prevenção primária e secundária. O que vejo, infelizmente, é que o número de suicídios está aumentando muito [...] então, essa é uma situação que deixa bem claro que a questão da prevenção primária a nível ambulatorial, das consultas e do acompanhamento, enfim de todo uma assistência, para evitar que aquele doente que está esboçando o início de um transtorno, possa ter essa doença tratada o mais breve possível, porque o transtorno mental, como qualquer outra doença, quanto mais cedo tratar e quanto melhor ser tratado melhor vai ser o prognóstico (DH 04).

Por último, o grupo Gestor de Saúde (GS), para responder a questão formulada, procede à retrospectiva histórica da Reforma Psiquiátrica mundial e brasileira e conceitua tal movimento antimanicomial, asseverando, em síntese, que o marco da reforma no Município de Fortaleza se deu com a ampliação no número de CAPS; a descentralização da assistência à saúde; e a constituição de um Conselho Municipal de Saúde Mental para estabelecer o controle social.

Destacam-se algumas anotações de observações de um dos entrevistados:

Sem dúvida o fato marcante foi a instalação do primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – em Fortaleza, o da regional III, em parceria com a Universidade. De 2005 em diante a reforma ganha uma velocidade completamente distinta, se a gente considerar que no Ceará a reforma psiquiátrica começou. Com a Lei Mário Mamede que é de 1993. Então nos já tínhamos uns 12 anos de reforma psiquiátrica no Estado e, em muitos municípios. Em Fortaleza três CAPS não era suficiente para atender a população. Aí realmente de 2005 em diante a instalação dos CAPS, a criação de uma Comissão Colegiada, uma direção colegiada de saúde mental e a discussão sobre o modelo, sobre outras formas que ainda hoje continuam foram pontos de fundamental importância. Um fato, sem dúvida marcante, foi o aumento do número de CAPS instalados, inclusive 06 CAPS AD e 02 CAPSI, que foram instalados nesse período de 2005 a 2008 (GS 03).

Curiosamente, neste grupo apenas um sujeito faz crítica ao modelo de saúde mental vigente no Município de Fortaleza e ao processo de Reforma Psiquiátrica, cabendo salientar o relato na fala abaixo:

[...] que a Reforma Psiquiátrica é isso: é um movimento, constituído desde pesquisadores, usuários de saúde mental, familiares, trabalhadores, que foram pensando modos diferentes de expressar esse cuidado e que culminaram com a Lei 10.216. De lá para cá, nesses dez anos, eu acho que está se repensando o que seria esse

modelo da Reforma Psiquiátrica, mas fundamentalmente, eu acho que essa ainda é a discussão que a gente tem em voga (...). Fortaleza até 2005, estava com 3 CAPS. A partir daí é que foram implantados mais 11, ou seja, nesse período de tempo passou de 3 para 14 CAPS. Foram incluídos os CAPS específicos para atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e CAPS específicos para a população infanto-juvenil. Isso deu uma modificação muito grande no cenário da cidade, quer dizer, Fortaleza não tinha até então, uma rede de atenção, quer dizer, procurou estabelecer essa rede de atenção, inicialmente com CAPS, e tentando articular esses serviços com os outros que já existiam no município. Eu acho que o fechamento da Casa de Saúde de São Gerardo, embora ela tenha um aspecto significativo, afinal foi um hospital psiquiátrico que acabou fechando os leitos, mas que deixou um gosto meio azedo, uma vez que a proposta era o fechamento daquela unidade hospitalar e a abertura de uma unidade psiquiátrica em Hospital Geral. E aí foi aberta a Unidade no âmbito do Hospital Batista, mas que, por dificuldade no gerenciamento de recursos pelo Município de Fortaleza, não se manteve. Então, eu acho que houve a questão do avanço do fechamento, mas não houve o avanço de garantir pra população uma Unidade dentro do Hospital Geral que pudesse fazer essa atenção. De qualquer maneira, Fortaleza ainda tem sete hospitais psiquiátricos. Alguns em condições bastante questionáveis (...). A implantação de uma residência terapêutica, também teve um papel importante do ponto de vista simbólico. Mas, muito irrisório frente às necessidades que a gente tem. A gente tem aí, segundo o último levantamento que eu tive acesso, já faz um tempo, nós temos aí mais de 60 (sessenta) pessoas que são moradores de hospital psiquiátrico no Estado, que precisariam dispor de cuidados específicos e que, infelizmente, pela falta de investimento, pela falta de recursos, pela falta de organização não se conseguiu implantar mais do que isso (GS 02).

A terceira categoria de respostas procura ênfase para maior relevância na Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza, objeto da pesquisa.

Todos os sujeitos da pesquisa indicam como aspecto de maior relevância na implementação da Reforma Psiquiátrica a expansão da rede de saúde mental, principalmente em relação ao aumento no quantitativo de CAPS. Registram, também, a necessidade de uma maior colaboração das famílias e da comunidade no auxílio do tratamento dos usuários; maior participação dos usuários graves dentro dos serviços quanto às atividades terapêuticas propostas; melhoria no atendimento aos usuários em função da efetiva interdisciplinaridade; procura de integração da rede de saúde mental com a atenção básica; a criação da Comissão Revisora de Internações Psiquiátricas Involuntárias – CRIPI e, finalmente, a intervenção sistemática da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, no acompanhamento da CRIPI e da política de saúde mental.

Algumas anotações de observação descritas a seguir, por cada grupo pesquisado, reafirmam, indubitavelmente, que a Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza, contando da edição da Lei nº 10.216/2001, teve como marco a ampliação do número de CAPS, embora haja o reconhecimento da insuficiência desse quantitativo para responder às necessidades da população local.

Relato de observações do Grupo Coordenadores de CAPS (CC):

Percebe-se claramente a colaboração maior das famílias e da comunidade para ajudar no tratamento dos usuários, maior participação dos usuários graves dentro dos serviços com uma participação boa nas atividades propostas. Há uma forma mais cuidadosa dos profissionais e das pessoas em geral de tratarem as pessoas com sofrimento psíquico (CC 02).

O problema é da loucura ter outra resposta, não asilar, evitando a internação como destino e reduzi-la a um recurso somente quando houver extrema necessidade, com serviços abertos, onde permita que a família esteja engajada no tratamento e a reinserção social de nossos usuários (CC 04).

Expansão da rede de saúde mental, melhoria no atendimento para os pacientes, mudança da perspectiva de tratamento; efetiva interdisciplinaridade; integração da rede de saúde mental com atenção básica do matriciamento, dentre outras questões (CC 05).

Relato de observações do Grupo Controle Social (CS):

É a inserção dos CAPS das políticas integrativas, que aí inclui um tratamento multidisciplinar, não só com o médico sendo o ator principal, mas trazendo junto outras categorias: farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos psiquiatras, psicólogos. Então, juntando isso com o programa de práticas integrativas que foi aprovado, que leva o tratamento, dependendo do paciente, para outros níveis, como a homeopatia, como o tratamento com cristais, com luzes, acupuntura, tratamento com música, enfim (CS 05).

O que se tem de positivo é que as pessoas passaram a serem ratadas como cidadãos e serem reconhecidas como pessoas doentes, obtendo um tratamento cada vez mais humanizado, coletivo e com liberdade de expressão e de participação nas decisões tomadas das situações do próprio atendimento, como acontece nos CAPS na cidade (CS 06).

Após a criação da CRUPI melhorou bastante as internações compulsória e involuntária. A redução do número de internações psiquiátricas, possibilitando aos pacientes um atendimento mais humanizado, que não lhes tire sua liberdade de viver na sociedade,

podendo passar mais tempo com sua família, estudar, trabalhar, enfim dar-lhes o direito de usufruírem de suas vidas mesmo com modo peculiar de viver (CS 07).

Tenho visto a sociedade (profissionais de saúde e assistência social, e também a população em geral) mudando lentamente o pensamento com relação à forma de tratar o portador de saúde mental. Isso já mostra um resultado mais aprofundado dos efeitos da Reforma na nossa sociedade. Acredito que isso em muito se dá por existir em Fortaleza comissões de saúde mental compostas de pessoas comprometidas e muito capacitadas, que batalham muito para a Reforma acontecer de fato. Temos também uma Promotoria de Saúde ativa, atenta, onde a titular entende sobre a matéria, e prioriza o acompanhamento das questões relacionadas à saúde mental. Temos um trabalho de continuidade da CRUPI com a Promotoria, onde muitas das questões observadas se transformam em procedimentos específicos e continuam a ser acompanhados, o que gera maior acompanhamento de casos, de serviços, realização de audiências, e conseqüentemente ajuste e evolução nos serviços, nas famílias, etc. E temos uma rede razoável, mesmo que ainda insuficiente, de serviços aos quais quando acionados, se tem conseguido sucesso no acompanhamento de vários casos. Recentemente tem crescido em Fortaleza o trabalho de matriciamento, que traz muitos pacientes para o PSF, e que significa mais inclusão, no sistema de saúde geral, com ainda menos segregamento do que os CAPS, e leva mais profissionais a se capacitarem e entenderem melhor as necessidades, os fatos que envolvem a vida e a saúde deste paciente que tem “necessidades especiais” (CS 08).

Relato de observações do Grupo Dirigentes Hospitalares (DH):

O principal aspecto positivo que eu vejo é preocupação com a humanização da atenção. Isso aí está em todas as instâncias, atende todas as discussões. E essa humanização reconhecer o portador de transtorno mental é um cidadão, é um ser humano que precisa ser atendido com toda decência, com todo cuidado, isso aí é fundamental, isso é importante, é um ponto central de toda Reforma Psiquiátrica, é o que há de mais importante (DH 02)

Acho que incluía na pergunta dois que eu estava falando que o que mais positivo é exatamente dar oportunidade a pessoas que tinham dificuldade de acesso ao médico psiquiatra, à equipe psiquiátrica a se encontrar nos CAPS que são colocados nas regionais, na busca de uma melhora de acompanhamento, evitando em algumas situações a re-internação. Pacientes que são internados em hospitais e saem vão para os CAPS, alguns deles, poucos deles conseguem fazer o tratamento. Mas de positivo eu diria que foi isso. O leque de CAPS que foram abertos na busca de absorver uma quantidade maior de pessoas que tem sofrimento mental (DH 03).

Relato de observações do Grupo Gestores de Saúde (GS):

Fortaleza avançou na reforma psiquiátrica em todos os aspectos da sua implantação, mas eu acho que um fator positivo foi o crescimento rápido de uma rede de atenção psicossocial descentralizada por regionais, com um acesso mais facilitado às pessoas. É claro que pode melhorar muito. Nós temos ainda dificuldades de profissionais capacitados para essa nova visão do atendimento psiquiátrico [...] exatamente por haver um grande número de pacientes dependentes químicos, dependentes de drogas lícitas e de drogas ilícitas, principalmente com uso do crack. Foi necessária a ampliação dessa rede criada, com o fim de instalar, também, CAPS especializado para crianças e adolescentes, depois CAPS álcool e drogas, CAPS para as doenças psiquiátricas tradicionais e, agora, o CAPS 24 horas, que é uma nova estratégia, inclusive, com leitos para desintoxicação. Importante, também, o hospital-dia, para um tratamento rápido em que os pacientes não necessitam de hospitalização. O município avançou, como no Estado também, citando mais uma vez o Dr. Nilson Moura Fé, que foi o grande baluarte da implantação dos CAPS nos municípios (GS 01).

O aspecto principal hoje foi à instalação desses CAPS, mas tem outro aspecto muito relevante que é a incorporação da terapia comunitária. Ela não é só na saúde mental, não é só na psiquiatria, mas ela tem um impacto. Acoplado a um chamado saber científico a incorporação do saber popular, que é uma experiência localizada em 04 varas no Pirambu e no movimento de saúde mental comunitário do Bom Jardim. Então a partir de 2005 também essas experiências são incorporadas à gestão municipal. A gente tem até expandido com a instalação de uma terceira obra no São Cristóvão. Então a Terapia Comunitária como uma forma de, digamos assim, de atenção básica em saúde mental, comunitária - aquilo que a comunidade acredita e respeita -; a instalação dos CAPS; a instalação da unidade Ana Carneiro no Hospital Batista; a instalação que está sendo buscada dos leitos de desintoxicação; a instalação da primeira residência terapêutica, foram os vários aspectos positivos, já com reflexos na redução da internação psiquiátrica por algumas causas (GS 03).

Uma outra questão positiva foi a do salto quantitativo e qualitativo em termos da prestação de serviços de atenção de saúde mental, no momento em que você só tem três CAPS e aumenta pra quatorze, pois houve a ampliação do acesso para a população de Fortaleza... (GS 04).

O principal aspecto positivo com certeza é a oferta de serviços abertos e comunitários para portadores de transtornos mentais, que tinham como única opção a internação, muitas vezes involuntária, em hospitais psiquiátricos. Outro aspecto importante é o processo de mudança, mesmo lento, na forma como a sociedade percebe a loucura, a partir das diversas ações realizadas (GS 06).

Ampliação do acesso; possibilidade de discussão no território da participação do usuário enquanto sujeito político e de direitos; ampliação da compreensão do cuidado de forma territorializada e articulada; inclusão da família no cuidado de seu familiar (GS 07).

Indubitavelmente, na aferição de todos os grupos em relação a essas duas categorias, a Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza, a partir da edição da Lei nº 10.216/2001, teve como ponto marcante a ampliação do número de CAPS.

A quarta categoria identifica vários desafios a serem enfrentados pelo Município de Fortaleza para a implementação da Reforma Psiquiátrica.

O grupo Coordenadores de CAPS (CC) considera como desafios: a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos; a consolidação da articulação da saúde mental com a rede básica de saúde, possibilitando a construção de um espaço privilegiado de uma nova lógica que envolva um espaço de co-responsabilização territorial sanitária; a garantia de insumos para o efetivo funcionamento dos CAPS; a ampliação das residências terapêuticas; a efetivação dos profissionais, através de concurso público, para garantia da consolidação da política de saúde mental, considerando que atualmente conta com 98% da rede terceirizada; a melhoria do trabalho intersetorial e o controle social mais eficiente, merecendo destaque as seguintes manifestações:

Consolidar a articulação da Saúde Mental com a rede básica de saúde possibilitando a construção de um lugar privilegiado de uma nova lógica que envolve um espaço de co-responsabilização territorial sanitária: redução de leitos em hospitais psiquiátricos; ampliação do número de residências terapêuticas; efetivação dos profissionais, através de concurso público, para garantia da consolidação da Política de Saúde Mental, que atualmente conta com 98% da rede terceirizada; garantia de insumos para o efetivo funcionamento dos CAPS (CC 01).

Ter uma maior ampliação na cobertura do PSF nas comunidades, possibilitando um atendimento de saúde mental mais adequado. Maior articulação entre os equipamentos sociais existentes em cada regional para atender como mais efetividade as pessoas. Concretizar os leitos psiquiátricos em hospitais clínicos (CC 02).

Considero um grande desafio o trabalho em rede, digo a intersetorialidade. Pois, apesar das capacitações dos profissionais, do mapeamento do território, do matriciamento e de todo um trabalho feito entre os profissionais dos equipamentos da rede, ainda é um

grande desafio tecer essa rede de forma mais consolidada. Um outro ponto a ser ressaltado é a política de redução de danos que considero encantadora e desafiadora, pois é uma nova forma de pensar e tratar a dependência química. Contudo deve ser aplicada de forma mais efetiva. (CC 03).

Identifico a burocracia, o controle social deficiente, a falta de articulação entre as instituições envolvidas no processo, poucos profissionais que têm capacidade para lidar com infância e adolescência em Fortaleza, estruturas precárias dos equipamentos de saúde mental, dentre outros, como desafios para a implementação à contento da reforma (CC 05).

O grupo Controle Social (CS), por sua vez, identifica como desafios: o necessário acréscimo do número de CAPS, em todos os níveis, para atender a demanda do Município de Fortaleza; assistência adequada e eficiente aos dependentes químicos; melhoria da cobertura e efetividade dos serviços substitutivos em consequência da redução de leitos em hospitais psiquiátricos; valorização dos profissionais da área de saúde mental; e a organização e continuidade dos serviços, considerando que em muitas unidades faltam profissionais, remédios e comida, segundo exposto abaixo:

[...] que o principal desafio do Município de Fortaleza, seja suprir a lacuna na assistência ao usuário em especial aos dependentes químicos, até que os CAPS possam cumprir em sua plenitude seus objetivos, pois sem a rede conveniada atrelada ao processo, significa que uma parcela importante dos usuários ficará sem atendimento (CS 01).

Extrapolar o aspecto curativo, também expresso na rede CAPS, para os serviços substitutivos e realmente combater a rede hospitalar privada (CS 02)

Um dos principais desafios para o município de Fortaleza é o acréscimo do número de CAPS, em todos os níveis, tanto I, II e III, devido ao número da população de Fortaleza (CS 03).

Com certeza a valorização dos profissionais que trabalham nessa área, porque é uma área que exige certa especificidade, certa especialização e que com os salários, há cinco anos congelados, não há, até o momento, uma propositura com a Prefeitura de Fortaleza para com esses profissionais de um aumento regular por ano. Inexiste, pelo menos, uma conversa com os sindicatos sobre as condições de trabalho, sobre a questão dos baixos salários, a falta de incentivos e a falta de segurança nas unidades (o que leva muitos profissionais, principalmente em unidades distantes, na periferia, a não irem trabalhar, pela questão da insegurança). Outro aspecto é que nessas unidades (CAPS) que trabalham com doentes mentais,

também possuem farmácias com quantitativos de medicamentos extremamente controlados e que são medicamentos que participam também da linha do tráfico de drogas, pois muitos bandidos roubam tais medicamentos para traficarem, como é o caso do Rivotril, que faz parte do elenco dos CAPS. Então assim, é muito perigoso, hoje em dia, trabalhar com essas unidades de CAPS, aqui no Município de Fortaleza (CS 05).

Principais desafios: descontinuidade na dispensação dos recursos e no funcionamento dos serviços, e desorganização. Há uma enorme e desconcertante descontinuidade na implantação das políticas. Um serviço começa, mas logo faltam profissionais, faltam remédios, falta comida... Os nossos coordenadores são muito capazes tecnicamente, mas parecem carecer de uma dose imensa de organização. Parece não haver continuidade também no financiamento, fator que desmantela qualquer serviço. Os CAPS são um avanço, sem dúvida, mas funcionam mal, com muita deficiência (material e humana, de organização...). Isso, por outro lado, dificulta o avanço da reforma. Se pensarmos, por exemplo, num doente grave, que viveu por anos sob a ótica do segregamento, de quem a família “estava livre” e de repente é informada que deve assumir, pois o tratamento de hoje é nos CAPS. Só que o CAPS visita e depois some, de outra vez falta o remédio, de outra vez falta o médico, ou leva o doente no serviço e é mal atendido, pois vive tudo lotado e se passa um enorme tempo esperando pela consulta (espera em casa, pelo dia da consulta, e depois espera quando chega no CAPS, para ser atendido). Aí se “prova” a ineficácia, se desacredita no “novo sistema”. Tem também o lado dos profissionais, que enquanto pessoas, enquanto atitude pessoal, fazem uma grande diferença na eficácia de um serviço. Não é todo mundo que está apto para trabalhar com saúde mental. É difícil, é adoeceador atender um doente mental grave. Principalmente porque entra muita gente nos serviços só por indicação, sem qualquer perfil. Além disso, a maioria dos trabalhadores não têm segurança no trabalho, nem em termos de vínculo trabalhista, nem em termos de segurança física mesmo. Trabalham sobrecarregados, têm que atender grande número de pacientes em um mesmo turno, mal alocados, em salas quentes, e faltando material. A própria CRIPI, tem uma missão importante, mas também tem trabalhado com descontinuidade, faltam profissionais e funciona muito aquém do que deveria. Aqui tem, teoricamente, uma CRIPI Municipal e uma Estadual, mas na prática funciona um tempo, param por outro, e na maior parte do tempo não tem psiquiatra (CS 08).

Em relação ao grupo Dirigentes Hospitalares (DH), são apontados como desafios a serem enfrentados a assistência aos portadores de transtornos mentais nos hospitais clínicos e o funcionamento regular e mais célere da rede de CAPS, porquanto o segundo agendamento se dá em 120 ou 150 dias depois da primeira consulta, o que denota, segundo o grupo, um certo descaso com o tratamento do paciente, ante as assertivas:

Primeiro um grande desafio é a questão da assistência aos portadores de transtorno mental nos hospitais clínicos(...). Um segundo desafio é fazer com que a rede de atenção secundária, a rede CAPS funcione a contento. O atendimento é muito precário, nós recebemos, nosso paciente chega reclamando da precariedade da atenção da rede CAPS. Um paciente nosso quando está em alta ele recebe medicação para trinta dias, mas muito raramente ele consegue agendar uma consulta no CAPS para período posterior a alta hospitalar, às vezes consegue essa consulta para sessenta, noventa dias depois. Nesse período ele já ficou sem a medicação e voltou a ter problemas. Então o funcionamento da rede CAPS é muito precária (DH 02).

O desafio maior, inclusive eu já falei, já conversei em reuniões científicas, em reuniões de associação de classe com os governantes municipais e estaduais que falta uma palavra que é: efetividade, no CAPS (...). Efetividade é assim: O doente, o esquizofrênico saindo do hospital tem que ter prioridade no CAPS - os diretores e os presidentes que dirigem os CAPS, os coordenadores têm que colocar prioridade absoluta no atendimento do esquizofrênico e do psicótico, atendimento de no mínimo duas vezes por mês. E outra coisa, no dia que está agendado tem que existir uma coisa que no CAPS já está no papel: a busca ativa. O paciente faltou à consulta naquele dia, a equipe multidisciplinar, o serviço social, ou quem esteja responsável por isso dentro do CAPS tem de buscar, para saber identificar porque o doente não veio para a consulta - isso é importante! Então os desafios são esses: a busca ativa de saber evitar não perder o paciente da sua regional e dar prioridade aos pacientes psicóticos, por que os CAPS estão cheios de pessoas que poderiam ser atendidas em ambulatórios, em hospitais gerais. Dar prioridade, a ter efetividade, repito, seria ao atendimento do paciente esquizofrênico e psicótico(DH 03).

O maior e principal desafio é o atendimento em centros especializados, do atendimento das pessoas que usam substância psicoativas ou a pacientes que já são dependentes de alguma substância. Isso é um problema de saúde pública gravíssimo, que tem que ter uma intervenção imediata, que está se alastrando (DH 04).

O último grupo dessa categoria, os Gestores de Saúde (GS), traz como desafios: a melhoria do acesso para a população que necessita do atendimento em CAPS; a ampliação e descentralização da rede de saúde mental; a qualificação e ampliação do número de profissionais que trabalham na área de saúde mental; a formação de profissionais para esse nível de atenção; a incorporação dos trabalhadores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF no trabalho com saúde mental; a expansão imediata de mais residências terapêuticas; a criação de CAPS 24 horas; a implantação de sistemática para atenção aos usuários de álcool e outras drogas; o maior financiamento por parte do Ministério da Saúde; e a

realização de concurso público para a rede de serviços de saúde mental, merecendo relevo:

O principal desafio para a reforma psiquiátrica, é de acesso para a população que necessita desse atendimento. Então é uma dificuldade. Temos que ampliar mais ainda essa rede. Descentralizar mais ainda essa rede. Qualificar ainda mais os profissionais que trabalham nessa rede de atenção. Acho que há uma grande dificuldade, recursos humanos, isso falta nos médicos especialistas na área da psiquiatria, como nos enfermeiros, nos profissionais de assistência social(...) que, o grande desafio para Fortaleza é formar recursos humanos, quantidade e qualidade suficiente para fazer face à necessidade e ampliar, também, qualificando todos esses entes. Eu acho que nós temos que ampliar mais. Fortaleza tem uma quantidade, podemos dizer, grande, mas precisamos muito mais, porque o acesso ainda é muito difícil. E outra coisa, o paciente que necessita ter um acompanhamento mais de perto, necessita ter retornos periódicos, necessita ter uma avaliação continuada (GS 01).

Fundamentalmente, eu percebo, ainda que nós precisamos de serviços que dêem conta da atenção à crise, embora os CAPS, dentro da sua proposta, esteja previsto o cuidado à crise. Nós percebemos uma dificuldade muito grande, ainda, desse suporte dos CAPS às situações de crises dos pacientes. Seja por uma dificuldade na formação dos profissionais, seja por dificuldade na estrutura desse serviço, seja pela insuficiência de profissionais que trabalham em cada um desses serviços. A quantidade de profissionais ainda é uma quantidade pequena para a responsabilidade territorial que esses serviços assumem, seja por que tenham poucos CAPS, ainda, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde. Nós precisaríamos de mais CAPS pra dar conta das necessidades da população(...). A questão da implantação de residências terapêuticas para todos os moradores de hospital psiquiátrico é um desafio, ainda, que não foi enfrentado, bem como a questão da incorporação dos trabalhadores dos NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família, para o trabalho com saúde mental (GS 02).

Um desafio nosso ainda, primeiro é progredir na direção que aconteceu no período de 2005 a 2008, com a expansão, agora não mais de novos CAPS, mas a expansão no sentido de mais residências terapêuticas, para que todos os chamados residentes em hospitais psiquiátricos, possam para elas serem deslocados; a criação de CAPS 24 horas; de CAPS 3; a melhoria do atendimento da emergência - nos temos na realidade 02 emergências, uma pública e uma privada, mas a unidade privada apresenta problemas no seu funcionamento, inclusive a idéia é que ela possa ser desativada e nos tenhamos, somente, porta de entrada pública tanto para os CAPS, como para as internações psiquiátricas em unidades psiquiátricas, porque há uma tendência de manter esse modelo asilar, considerando ser ele lucrativo. Nós precisamos substituir, avançar no fechamento de leitos psiquiátricos em Fortaleza, mas para isso nós temos que ter o controle total da admissão, porque na psiquiatria a internação é financiada por dia, por diária, e um leito

desocupado significa não receber. Nós temos experiência disto quando acompanhamos uma auditoria, com a participação do Conselho Regional de Medicina e de uma equipe multiprofissional e identificamos que, pelo menos 30% dos doentes internados, a um exame mais criterioso, não precisavam mais continuar internados. Isso não pode está sendo feito de rotina. Entretanto, foi adotada a medida pela SMS do Município de Fortaleza de redução das AIHS de internação psiquiátrica, para garantir o funcionamento dos CAPS, e o que acontecia, na prática era que os hospitais aumentavam a permanência de modo a manter a pessoa mais tempo internada e poder receber plenamente as suas diárias. Muitas vezes ele não liberava o paciente, enquanto não tinha outro para assumir o leito, mantendo esses leitos permanentemente ocupados, com um certo rodízio de alguns pacientes crônicos que poderiam ter uma melhor forma de serem tratados. Então um dos desafios é expandir a rede com outras formas, com o CAPS 03, com a internação psiquiátrica em hospital geral, mas aí surge o problema da escassez de clínica médica, para que a gente possa alguns desses leitos destinar a psiquiatria. Necessário, também, mais residências terapêuticas e o fechamento de mais leitos psiquiátricos, de modo a caminhar nessa direção. Acho que esses são alguns dos desafios mais importantes (GS 03).

E um outro desafio é que a gente ainda não tem o controle da porta de entrada, isso é feito em hospital privado, que é conveniado, e em hospital público, ambos psiquiátricos, então isso faz com que a gente também não tenha, de certa forma, o controle sobre quem está sendo internado ou não, tendo uma avaliação mais criteriosa, com protocolos, com profissionais realmente capacitados dentro da lógica antimanicomial, dos princípios da Reforma(...) que deveria ter começado com a implantação dos CAPS em Fortaleza, devido a quantidade do número de habitantes a população com CAPS tipo III, que são CAPS que funcionam 24 horas e tem uma infra-estrutura bem maior em termos de espaço, em termos da condução da terapêutica, em termos de profissionais bem maior e que realmente dá para absorver a demanda daquela Regional(...). Um outro desafio é a gente estar implantando serviços para a resolução da questão de álcool e drogas(GS 04).

Desafio é co-financiamento. Hoje, o desafio é a gente conseguir financiamento mais preciso do Ministério da Saúde(...); o fortalecimento dos movimentos sociais, não só da Reforma, mas dos movimentos sociais como um todo, sindicatos, entidades não filantrópicas ou filantrópicas, sociedade civil, discutindo essa questão da Reforma com a gente(...); o outro desafio que eu acho é você realmente, de fato, conseguir garantir todas as instâncias que a gente deveria ter em Fortaleza: CAPS 24 horas, centro de convivência, leitos em hospitais gerais, para fechar um hospital psiquiátrico, substituindo o modelo asilar, digamos, o modelo predominante do hospital psiquiátrico num modelo, psicossocial, que é o que a gente tenta implementar na verdade aqui (GS 05).

Implantação de serviços 24 horas; realização de maior número de atividades culturais, esportivas e artísticas nos espaços da cidade; revisão do salário dos profissionais de saúde, que atualmente

precisam de uma terceira jornada para suprir suas necessidades básicas de sobrevivência (GS 06).

Aproximação com o nível central da atenção básica para pautar demandas de saúde mental como parte de uma política integrada de saúde e que inclui esse nível de atenção; estabelecer o cumprimento legal da existência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, acessível a essa população; maior clareza e sensibilidade do SAMU, em atender demandas de saúde mental; efetivação dos CAPS no organograma do município; concurso público para garantir continuidade do cuidado e das políticas de forma mais independente do partidarismo e como forma de tornar menos frágil o vínculo com o serviço (GS 07).

A categoria cinco se insere na ótica do funcionamento das instituições que têm o mister de realizar o controle social no campo da saúde mental no Município de Fortaleza.

Para o grupo Coordenadores de CAPS (CC), há nítida fragilidade no controle social relativamente aos Conselhos Regionais e Locais de Saúde, pois se acham desarticulados, com participação mínima, sendo perceptível o precário conhecimento dos conselheiros no que concerne à política de saúde mental.

Tal fato efetivamente se demonstrou notório quando da realização da última Conferência de Saúde Mental no Município, onde restou clara a parca discussão prévia a respeito da temática em questão.

Ressalta o grupo a atuação do Ministério Público na fiscalização das ações de saúde mental no Município, destacando ser perceptível que o órgão vem desenvolvendo ações a fim de garantir o acesso dos usuários ao tratamento.

Entende, entretanto, que o Ministério Público deve pontificar maior cobrança ao gestor, para que se efetive a rede completa de serviços públicos, substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Diante disso, importante realçar o conteúdo das observações dos entrevistados, abaixo:

Há nítida fragilidade no controle social, com conselhos locais desarticulados com participação mínima e decisão ainda com centralidade na figura de um dos membros do colegiado de Saúde Mental fictício (CC01).

O controle social no âmbito da saúde mental no município de Fortaleza ainda acontece de forma insatisfatória. Os CAPS vêm tentando trabalhar a formação política dos usuários e familiares, no entanto, percebe-se um esvaziamento na processo de formação e

consolidação dos conselhos de locais de saúde; muito atrelado à falta de conhecimento político, compromisso e mobilização desses usuários. Entende-se assim, que alguns fatores dificultam esse processo, como: a baixa escolaridade, vulnerabilidade em decorrência do uso abusivo de drogas e baixa perspectiva de inclusão no mercado formal de trabalho, fazendo com que as prioridades sejam a busca das necessidades básicas do cotidiano. Participando de algumas reuniões do conselho regional de saúde percebemos o pouco conhecimento dos conselheiros, no que diz respeito a política de saúde mental. Esse fato ficou notório na realização da última Conferência de Saúde Mental, onde ficou perceptível a pouca discussão prévia a respeito da temática em questão. Quanto à atuação do Ministério Público na fiscalização das ações da saúde mental do município de Fortaleza, percebemos que este órgão vem desenvolvendo ações no sentido de garantir o acesso aos usuários ao tratamento de saúde. Entretanto, percebe-se que os CAPS não são os únicos dispositivos necessários ao acompanhamento do portador de saúde mental e que deve haver uma maior cobrança por parte do Ministério Público para que se efetive uma rede de serviços públicos substitutivos ao hospital psiquiátrico como preconiza a Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica (CC 03).

O grupo Controle Social (CS), nas suas impressões, posiciona-se de forma crítica e construtiva em razão de reconhecer que a atuação do controle social, por meio dos Conselhos Regionais e Locais de saúde, ainda se faz de forma tímida, considerando a falta de capacitação dos conselheiros para o real monitoramento.

Acho que as instituições que realizam o controle social no campo da saúde mental no Município de Fortaleza, tem demonstrado um bom desempenho, efetuando freqüentes visitas às instituições e dirigindo críticas construtivas visando melhorar a assistência e garantir o cumprimento da legislação vigente (CS 01).

Tímida. Hoje, infelizmente, nós não temos conselheiros capacitados. Hoje, no município de Fortaleza, e aí você imagina em municípios de pequeno porte, nós não temos a nível do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza, conselheiros preparados para atuarem nessas áreas. A partir daí, você imagina a postura dos Conselhos Regionais e dos Conselhos Locais. Então a falta de preparo e capacitação dos conselheiros hoje são os principais problemas, que gera a não fiscalização correta, o não acompanhamento dos processos de políticas públicas (CS 05).

A participação do controle social na saúde mental, ainda, digamos, que é muito pequena. Por que ela é pequena? Porque ela está andando justamente com o crescimento da cultura, a comunidade está se engajando nos Conselhos, como nos CAPS, nós criamos Conselhos, está entendendo? Mas ainda é tudo muito lento devido à

dificuldade de instrumentalização. Essa pequena contribuição que a sociedade está vendo ser discutida como proposta de mudança, ou mudanças, engloba não só a deficiência mental ou os transtornos, mas a questão do álcool e das drogas, que, também, são responsabilidade dos CAPS, que até então, em sua maioria, não estão plenamente regularizados. Então, são propostas inclusive de ser melhorada essa discussão. É importante garantir que, através das políticas públicas, esses avanços sejam implementados para que nós possamos cada vez mais dar visibilidade à quebra dos preconceitos. E também tem a questão que, as instituições de controle social poderão melhorar essa sua participação direta no sentido de garantir melhor atendimento, por exemplo, dos CAPS, o que foi por nós solicitado nas Conferências de Saúde Mental, em todos os níveis. Hoje, eu, pessoalmente, ainda acho pequena a participação do controle social, mas a tendência é, não separar instituição/conselho, mas a atuação conselho de saúde e paciente nos CAPS, na construção de uma saúde mental mais humanizada (CS 06).

Não tenho visto a atuação dos conselhos locais. Provavelmente há descontinuidade aqui também. O movimento da luta antimanicomial, por exemplo, tem estado desarticulado (CS 08).

Os destaques apontados pelo grupo Dirigentes Hospitalares (DH) são divergentes entre si, relativamente ao controle social através dos conselhos de saúde: Conselho Estadual, Conselho Municipal e Conselhos Regionais e Locais.

As divergências residem no fato de que alguns interlocutores entendem que ocorre a atuação dos respectivos conselhos e outros não.

Entretanto, indicam como positiva a atuação fiscalizatória do Ministério Público e o funcionamento das Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias – CRIPI quer no âmbito estadual, quer no municipal.

Isso pode ser observado nas descrições alinhadas:

Eu tenho visto, por exemplo, a atuação do Ministério Público de forma positiva. O Ministério Público está sempre nos fiscalizando. Nós recebemos regulamente a visita da CRIPI. Os demais órgãos já não tem essa participação tão ativa. O Conselho Estadual de Saúde, o CESAU, não se manifesta em razão nenhuma, pelo menos que nós tenhamos recebido aqui no hospital. Então a participação do CESAU é nula, praticamente. As Coordenações de Saúde Mental do Estado e do município também são omissas. Nem quando a gente a eles recorre, não nos dão o respaldo que precisamos. Nos casos em que não se consegue atendimento para um paciente nosso na rede pública, tanto no Estado, quanto no município. Em nenhum dos casos que nos recorreremos às Coordenações de Saúde Mental nos fomos atendidos. Então eu acho que de todos esses órgãos que são

nossos controladores, que atuam como controle das nossas ações, somente o Ministério Público que desempenha de uma forma bastante positiva no sentido de ajudar nosso paciente, de pleitear, de lutar, de exigir essas condições de atendimento. Os demais não têm participação quase nenhuma (DH 02).

Eu acho que tem sido boa, de boa intenção na busca da melhora do controle para doença mental, através dos hospitais psiquiátricos, que tem dado uma assistência maior. Inclusive a situação do Ministério Público sempre cobrando é uma coisa interessante por que é sempre bom a gente ser vistoriado por essas instituições, pelas autoridades em controle da saúde mental (...) porque vai ensinando a gente, às vezes, mesmo quando nos estamos cometendo nossas falhas e a gente aprende a trabalhar dentro da lei, fazendo as coisas dentro da regularidade. Não que a gente seja contra a lei, mas às vezes foge alguma coisa, pois todos nós temos falhas, todo mundo tem. Eu acho que essas cobranças das instituições, todas elas, no campo social, tem sido altamente benéficas aqui em Fortaleza (DH 03).

O grupo Gestores de Saúde (GS), em síntese, identifica como marco da atuação das instituições o posicionamento do Ministério Público, por intermédio da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, explicitando que, apesar de o órgão ter o poder fiscalizatório, atua também como órgão parceiro, de mediação nas dificuldades que a própria Administração tem na dinâmica da gestão.

Ressalta, ainda, que o Ministério Público realiza um papel importante em relação ao controle, porquanto está sempre próximo dos problemas da saúde mental no Município de Fortaleza e no Estado do Ceará como um todo, discutindo com os gestores, trabalhadores e usuários questões relativas às políticas públicas nesta seara.

Alguns entrevistados destacaram, também, que a participação dos conselhos de saúde tem apresentado resultados positivos, embora haja espaços que devem ser mais bem preenchidos e de forma contundente, conforme sinalizado a seguir:

[...] as instituições que fazem o controle social em Fortaleza, não só nesta área como da psiquiatria, mas nessa área, também, tem tido um papel extremamente importante, como o Ministério Público tem. O controle social tem sido fundamental na cobrança, na fiscalização, na avaliação e, muitas vezes, na crítica sobre o que não está transcorrendo como deveria ser e apoiando na descoberta de encaminhamento de soluções. Acho, ainda, que o controle social em Fortaleza tem tido um papel importante. Pode melhorar mais? Pode. A capacitação tem que ser continuada, os conselheiros têm que ser

qualificados e os Conselhos devem funcionar regulamente e devem ser expandidos (GS 01).

...tanto do ponto de vista dos Conselhos Municipais quanto do Conselho Estadual de Saúde há uma certa acomodação. Há falta de uma crítica mais qualificada a todo processo de implantação desses serviços, desses movimentos, dessas políticas. E aí eu vejo uma certa desmobilização. O Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza até hoje não conseguiu reativar a sua Comissão de Reforma Psiquiátrica. Por sua vez, o Conselho Estadual de Saúde também tinha uma Comissão de Saúde Mental de Reforma Psiquiátrica, que está desativada há muito tempo. E, nós percebemos, assim, um certo enfraquecimento do ponto de vista do controle social, especialmente, na área da saúde mental, porém não saberia dizer nas outras áreas, mas na saúde mental com certeza (GS 02).

Entendo que o controle social é feito também pela sociedade de uma forma geral (...). Em 2001, com a Lei nº 10.216, possibilitou ao Ministério Público um acompanhamento das internações psiquiátricas involuntárias. A criação da Promotoria de Justiça em Defesa da Saúde Pública foi um outro fato, também, que foi muito importante, porque a gente entende que o Ministério Público é parceiro. É lógico que ele é um órgão fiscalizador, mas também um órgão parceiro, de mediação das dificuldades que nós temos em gerenciar ou em gerir nossos serviços. Eu entendo que o Ministério Público faz um papel importante em relação ao controle social, por que ele está junto dos municípios, está junto com os usuários, com o Estado em si e junto com a gestão, discutindo com os trabalhadores, discutindo as questões de como devem ser as Políticas Públicas (GS 04).

Acredito que o Conselho Local de Saúde tem tido um papel importante no desenvolvimento da Saúde Mental em Fortaleza, assim como as Assembléias dos Usuários (GS 06).

A sexta e última categoria ressalta pontos essenciais para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde mental em Fortaleza.

Para o grupo Coordenadores de CAPS (CC) é de suma importância a construção de espaços de discussões com a sociedade civil, por meio de seminários, fóruns, etc., para a conscientização dos problemas afeitos à saúde mental.

Há unanimidade em apontar os CAPS como principal dispositivo de execução dessa política de saúde mental, mas que estejam devidamente articulados e inseridos em uma rede de serviços, com propostas de oferta de ações integralizadas para o contínuo cuidado no território sanitário.

Outros pontos que foram alvo de destaque dizem respeito à criação de mais residências terapêuticas; ampliação dos CAPS; criação de CAPS 24 horas; concurso público para os profissionais de saúde mental; instalação de leitos de desintoxicação em hospitais clínicos; aumento de salário para os servidores; criação de centros de convivência e albergues terapêuticos.

Merecem realce as falas abaixo:

É fundamental que o CAPS seja o principal dispositivo de execução da Política de Saúde Mental, esteja articulado e inserido em uma rede de serviços e organizações com propostas e ofertas de ações integralizadas num continuum de cuidados no território sanitário (CC 01).

É urgente a realização de concurso público para os profissionais de saúde mental; a criação dos centros de convivência; existir retaguarda para os CAPS AD (leitos de desintoxicação em hospitais clínicos); implantar CAPS 24 horas; existir constantes capacitações para os profissionais; Ter maior divulgação dos serviços substitutivos; aumento da participação popular nos equipamentos de saúde mental (conselhos locais) (CC 03).

Criação de mais serviços residenciais terapêuticos; criação de casa de passagem (albergues terapêuticos); ampliação dos CAPS AD, Geral e Infantil; continuar e aperfeiçoar com educação permanente; aumento de salários para os funcionários (desde 2005 sem aumento!) (CC 04).

Maior sensibilização pela causa da saúde mental; maior investimento na saúde mental; capacitações para os profissionais; humanização para o trato com os pacientes; abertura maior do mercado de trabalho; mais projetos que lidem com a infância e adolescência e o primordial, maior efetividade do estatuto da criança e adolescente. (CC 05).

As impressões do grupo Controle Social (CS), em relação ao tema da categoria ora tratada, dirigem-se, à unanimidade, no sentido da ampliação geral e efetividade da rede substitutiva de saúde mental - mas não apenas em relação ao número de CAPS -, como forma de garantir os direitos de cidadania dos usuários. Ressalta, ainda, o grupo que deve haver priorização para o suporte aos usuários da rede de saúde mental, quando se trata da drogadicção, com a imediata garantia de leitos nos hospitais gerais. Entende, também, que deve haver interferência do Poder Público para melhoria das condições de trabalho, de salário e de segurança das unidades, bem como para maior investimento em recursos humanos, inclusive com

a realização de concurso público e melhor capacitação dos profissionais. Por fim, salienta que deve haver incremento na organização dos serviços, a ser promovido pela administração pública, como forma de facilitar o acesso da população, como se constata das observações a seguir alinhadas:

Retomada dos movimentos sociais, desatrelados do poder institucional, na luta contra o modelo hospitalocêntrico; garantir o direito de cidadania dos usuários da rede mental com a rede substitutiva e a imediata garantia de leitos para usuários da saúde mental nos hospitais gerais – luta de mais de 20 anos (CS 02).

Um maior investimento na política de saúde mental. O investimento ainda é muito baixo, e acho que precisa de um maior incentivo financeiro além de melhor capacitação para os profissionais (CS 03).

Estabelecimento de política municipal de saúde mental que possa avançar de forma mais célere rumo à integralidade, intersetorialidade e transdisciplinariedade. Trocando em miúdos: ampliar a cobertura da rede substitutiva e torná-la efetiva. Para isto, necessário se faz resolver algumas questões relativas à precarização das relações trabalhistas dos servidores. Priorizar algumas áreas como álcool e outras drogas, crianças com transtornos, inclusive com drogadicção, pessoas em situação de rua e vítimas de violências. Em todas estas áreas as ações devem estar voltadas para prevenção, promoção, proteção e tratamento (CS 04).

Provavelmente podemos avançar mais se houver: continuidade no financiamento dos serviços, melhor organização da administração pública, maior fiscalização dos serviços, melhores condições de trabalho para os profissionais e, também, para os pacientes (CS 08).

Nas digressões do grupo Dirigentes Hospitalares (DH), resulta, de forma unívoca, a necessidade de ampliação da rede de saúde mental, principalmente na criação de novos CAPS, objetivando dar cobertura às necessidades da população de Fortaleza, bem como a ampliação de financiamento, por parte do Ministério da Saúde, para a atenção à saúde mental.

Ganha relevo, no entender dos entrevistados, que deve haver responsabilidade quanto ao descredenciamento dos hospitais psiquiátricos, considerando que a rede substitutiva no Município de Fortaleza ainda é deficitária, não apenas em relação à quantidade, mas também em relação à qualidade do serviço prestado.

Outros pontos são registrados dentre os quais a necessidade de profissionalizar a gestão, no sentido de trabalhar as questões de ordem técnica, deixando de lado as de ordem puramente ideológicas e políticas.

Por fim, ressaltam alguns membros do grupo a necessidade de que a comunidade científica não deixe decair a produtividade, devendo, continuamente, realizar fóruns, seminários, encontros e mesas de debates para que se possa construir uma política de saúde mental no Município de Fortaleza adequada às necessidades da população.

Eu vejo que os desenvolvimento das políticas locais de saúde pública nessa área de saúde mental são muito movidas pela questão ideológica, que muitas vezes ficam extremamente distantes das necessidades da população. Na última Conferência Estadual de Saúde Mental, no semestre, a proposta foi o descredenciamento dos hospitais psiquiátricos. Mas descredenciamento para colocar o que nos lugar dos hospitais psiquiátricos? Hospitais clínicos que não atendem o paciente nem fora da crise, que dirá na crise; com a rede CAPS que é ineficiente. Então as discussões são muito vinculadas às questões puramente ideológicas e não com relação a qualidade do serviço. Toda a instituição de saúde que presta um mau serviço tem que efetivamente ser fechada, não pode continuar, mas o que se vê não é isso, continua a funcionar quando está prestando um bom serviço ou não (DH 02).

[...]para que se proponha a Reforma da Assistência Psiquiátrica aqui no Brasil, terá que se ter serviços com mais efetividade. Cuidar do paciente esquizofrênico, não deixar que ele se reinterne. Ele não ser reinternado significa uma desospitalização. O principal, o que tem que acontecer é a desospitalização gradual, isto é, a gente ter a felicidade de saber que aquele paciente, que está há seis meses internado, saiu da crise, voltou pra casa e continuou bem. E não como ocorre, na maioria dos casos de reinternação, o paciente não é atendido no CAPS imediatamente, porque o agendamento dele está lá na frente (DH 03).

[...] a criação de mais centros de atenção psicossocial, bem como a sua universalização, a sua ampliação para o interior. A questão que nós sabemos, inclusive, por uma recente pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde, é que o número de mortes, nesses últimos anos, de doente mental aumentou consideravelmente. Por que está morrendo mais doente mental ? (...) tem que ter uma mobilidade de toda comunidade científica, para que não decaía a produção, realizar fóruns, mesas redondas com uma vontade política férrea para que se discuta com todas as áreas o papel da reforma psiquiátrica brasileira (DH 04).

O grupo Gestores de Saúde (GS) define, uniformemente, como ponto relevante para responder à categoria ora em comento, a questão de natureza orçamentária, com a expectativa de que o problema do financiamento, na área de saúde mental, seja superado com a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. Entende a maioria dos entrevistados que deve haver: ampliação dos serviços substitutivos; melhoria estrutural e infra-estrutural dos serviços para propiciar o acolhimento da demanda; garantia da existência proporcional de profissionais em face da demanda; consolidação dos conselhos de saúde; garantia de concurso público para os profissionais da área de saúde mental; criação de outros equipamentos que constituam, junto com os CAPS, a rede de atenção à saúde mental; maior articulação dos níveis de atenção, com responsabilização conjunta pelo plano terapêutico do usuário; e, por fim, ampliação de unidades de saúde da Atenção Básica.

[...] colocar como prioridade no orçamento municipal todas as estratégias que garantam a boa execução, tanto da reforma como do tratamento psiquiátrico, aqui no nosso território (...). O orçamento vai: garantir capacitar mais pessoas; formar mais pessoas para essa estratégia; vai garantir o surgimento de mais instituições e melhorar as que já existem; construir novas; dotar da assistência farmacêutica mais efetivas; os medicamentos, quando necessários, não podem faltar; com a evolução dos métodos de tratamento, inclusive com surgimento de novas drogas, isso deve ser incorporado, até mesmo antes disso ser incorporados até em nível nacional, nós temos que incorporá-los a nível municipal e a nível estadual (...). E, fazer um trabalho conjunto com o Governo do Estado, com os nossos parlamentares para que mais recursos a nível Federal sejam aportados na saúde. Assim, com toda certeza, esses recursos serão aportados com essa estratégia. Importantíssima a regulamentação da emenda 29 e a criação da Contribuição Social para Saúde (GS 01).

Fundamentalmente, um enfrentamento que precisa ser feito é o da questão da indicação política para os cargos, tanto de trabalhador como de gestores. É claro que, é complicado pensar isso num país como o Brasil, extremamente autoritário, do ponto de vista dos governos. Mas acho que nós não poderíamos nos afastar da idéia de que os coordenadores de serviços e, inclusive, os coordenadores de áreas específicas, fossem eleitos ou pelo menos que fossem selecionados, via uma seleção pública. A questão da indicação política desses cargos é uma das coisas que eu acho que traz uma dificuldade muito grande no gerenciamento dessas questões, na qualificação desses profissionais, na seleção de profissionais que tenham compromisso com o trabalho que estão assumindo. A questão da saúde mental é uma questão complexa que exige mais

do que simplesmente uma capacidade de trabalho especializado, exige uma afinidade grande com o campo e um compromisso pessoal e ético muito importante. Acho que com a questão das indicações políticas isso se torna muito difícil da gente conseguir gerenciar. Então essa questão da indicação política desses cargos é um problema que precisa em algum momento ser enfrentado. Acho, ainda, que a questão do financiamento da saúde mental é um problema importantíssimo. Se a gente for levar em conta os valores de investimentos totais da saúde, a saúde mental ainda é uma das áreas que tem menos investimento. Então, ela precisa de um destaque maior, no sentido de que ela possa ter um investimento mais robusto para que essas políticas sejam efetivadas. Percebo que a questão da qualificação e do aprimoramento dos próprios gestores dos serviços públicos é uma necessidade de estratégia, para que eles possam dar conta da complexidade que é esse trabalho. Acho que é fundamental uma política estruturada na questão da educação permanente, uma vez que hoje a questão da formação dos profissionais do cuidado da saúde mental é um problema gravíssimo. Entendo que isso também precisa ser enfrentado de uma maneira mais efetiva. Por outro lado, é fundamental a mobilização dos municípios, para exigir investimento estadual na área de saúde mental. Se nós formos ver, grande parte das iniciativas de saúde mental e dos serviços são financiados via Ministério da Saúde ou por investimento do próprio município. Existe pouca, muito pouca, participação do Estado na questão de co-financiamento de iniciativas na área de saúde mental. Seria um importante avanço se nós conseguíssemos um compromisso do Governo de Estado para investimentos na área de saúde mental, o que tornaria mais densa a nossa rede de serviços (GS 02).

[...] precisamos de CAPS 03 funcionando 24 horas; de mais residências terapêuticas, com isso nós podemos fechar alguns leitos psiquiátricos. A emergência psiquiátrica junto com a emergência geral, porque muitas vezes chegam pessoas com tentativa de suicídio, às vezes chegam pessoas com surtos psicóticos, chegam pessoas com os problemas dos mais variados, às vezes disfarçados de problemas orgânicos, mas são na realidade pessoas em fase crítica de intoxicação, de abuso de drogas, de abstinência, então tudo isso é objeto de atuação da saúde mental. Precisamos, pois, fechar leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos, que têm faturamento de cento e vinte, cento e quarenta mil por mês, e esse recurso pode ser melhor empregado. Aliás essa é a resolução da gerência municipal de saúde, que aquilo que se economiza com a internação psiquiátrica possa ser usado na própria saúde mental, nos projetos terapêuticos que vai identificar com a reforma psiquiátrica. Embora muita coisa tenha sido feita, há muito que caminhar dentro da reforma psiquiátrica em Fortaleza (GS 03).

Melhoria estrutural e infra-estrutural dos serviços para acolhimento das demandas de saúde mental. Maior articulação dos níveis de atenção, com responsabilização conjunta pelo plano terapêutico do usuário. Ampliar e consolidar os conselhos de saúde mental locais, para potencializar o controle social. Garantir a existência de profissionais, proporcionalmente, à demanda. Repensar o financiamento desse tipo de atenção à saúde. Garantir os outros

equipamentos que constituam junto com os CAPS a rede de atenção à saúde mental. Garantir os serviços no organograma municipal. Garantir concurso público. Minimizar as intervenções partidárias frente à fragilização do vínculo trabalhista dos profissionais (GS 07).

Avaliando o movimento de Reforma Psiquiátrica, Costa-Rosa (2000) apresenta uma análise do que denomina os dois modos básicos da prática de saúde mental: modo asilar e modo psicossocial. Caracteriza o paradigma da psiquiatria reformada (ou modo psicossocial), ao mesmo tempo em que analisa paralelamente a este o paradigma asilar. Ressaltando a necessidade de que, para se constituírem dessa forma, esses dois paradigmas têm que ser radicalmente diferentes, contraditórios, define o que seria cada um deles, mostra a concepção de objeto e em que bases se dá essa definição.

Consoante a perspectiva desse autor, no *paradigma asilar* o objeto é determinado organicamente, sendo o organismo o destinatário principal das ações, haja vista a ênfase no tratamento medicamentoso, químico; não existe sujeito (que participa do tratamento), no máximo há o indivíduo e esse indivíduo é o doente (na família e na sociedade), que é o centro do problema; as intervenções são centradas nele. A base das formulações é a Biologia, a Medicina Orgânica. No paradigma *psicossocial* ou *paradigma da psiquiatria reformada*, conforme o mesmo autor, o objeto é determinado por fatores políticos e biopsicosócio-culturais; o sujeito é o participante principal e a sua mobilização para o tratamento é fundamental; esse sujeito é componente de um grupo familiar e social que é também “trabalhado” para se conseguir as mudanças necessárias. Não se trata de “trabalhar a família” em relação ao indivíduo, numa perspectiva pedagógica, mas considerar que “a loucura não é um fenômeno individual, mas social e como tal deverá ser metabolizada”. Ainda no paradigma psicossocial, sustenta o autor que “a loucura e o sofrimento psíquico não têm que ser removidos a qualquer custo, são reintegrados como parte da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienáveis do sujeito”. No entendimento do autor, as contribuições da Psicanálise e do Materialismo Histórico nas formulações relacionadas à constituição do sujeito humano e da subjetividade humana são decisivas para essa oposta delimitação de objeto em relação ao modo asilar.

Um dos pressupostos fundamentais da Reforma Psiquiátrica relaciona-se à garantia dos direitos de cidadania aos portadores de transtornos mentais, alicerçadas na Lei nº 10.216/2001.

Adotando-se a trajetória descrita por Amarante (1995), a produção sobre o debate da cidadania na sua relação com a doença mental, na segunda fase da Reforma Psiquiátrica, período compreendido principalmente na década de 80, enfatiza as questões jurídicas, legislativas e as relacionadas ao macro modelo assistencial (Reforma Sanitária, Constituição Federal, Lei Paulo Delgado), todas referenciadas a uma mudança macro organizacional que garantiria os direitos de cidadão ao “louco”. Isso tem vinculação com o momento político – abertura dos movimentos populares organizados em busca de garantir nos textos legais os direitos civis e sociais.

Num estudo sobre a cidadania concernente aos doentes mentais no contexto do SUS, Pitta & Dallari (1992), denotando a influência do segundo momento da Reforma Psiquiátrica, afirmam que a primeira sinalização do caminho para que os doentes mentais conquistassem a cidadania seria o estabelecimento do novo modelo de organização dos serviços de saúde, a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que descentralizava as ações e municipalizava os serviços. Essas autoras compreendiam que a definição local das políticas e a participação da população no controle das ações de saúde em todos os níveis, como se prevê no SUS, seria a possibilidade constitucionalmente apresentada para que a cidadania dos doentes mentais fosse reconhecida. Entretanto, apesar de afirmarem que o poder local é o único cenário onde tal conquista pode ser efetivada, chamam a atenção para o fato de que a cidadania, compreendida como exercício de um poder político de participação na vida social, é um direito a ser diariamente conquistado.

Para Sampaio (2010), nas últimas décadas é possível visualizar, a partir do processo de Reforma Psiquiátrica, a ocorrência de metamorfose no referente aos saberes e às práticas em saúde mental. O *locus* da intervenção, tradicionalmente centrado no hospital psiquiátrico de natureza asilar, desloca-se para os serviços de base territorial em que os cuidados são desenvolvidos no espaço geográfico e social do sujeito, numa lógica de atuação substitutiva ao espaço manicomial.

Para o referido autor, surge, nesse contexto, uma nova ética do cuidado em saúde mental. São criados novos equipamentos de saúde, substitutivos ao modelo manicomial, com a missão de atuar dentro da nova lógica, entre eles os CAPS, as residências terapêuticas, as unidades em hospital geral, dentre outros. Os CAPS, considerados serviços estratégicos na estruturação e organização da rede de atenção à saúde mental, são responsáveis pela atenção secundária e pela proposição de políticas de âmbito local.

Para compreender a importância desse significado, extrai-se do conteúdo das categorias objeto da presente pesquisa, que todos os interlocutores (CC, CS, DH e GS) estão conscientes da necessidade de observância da norma legal e da mudança de paradigma do modelo asilar para o modelo extra-hospitalar.

As preocupações com o direito fundamental à saúde mental constituem ponto essencial das categorias estudadas, estabelecendo-se a dimensão do respeito à cidadania dos usuários, no contexto da ampliação dos serviços substitutivos à internação, inclusão social e reinserção familiar.

Esse modelo propõe a redução pactuada e programada dos leitos em hospitais psiquiátricos e procura contar com uma rede de serviços e equipamentos, estrategicamente organizados em torno dos CAPS.

Impõe ressaltar que a extinção de leitos psiquiátricos deve ser acompanhada da ampliação da rede extra-hospitalar regionalizada, para que a substituição pelo modelo de cuidado integral comunitário/ambulatorial seja garantida como medida de proteção ao portador de transtornos mentais.

A atenção integral deve ser proporcionada por atuação multidisciplinar, mediante cuidados médicos, psicológicos, ocupacionais, de assistência social, de lazer e de outros necessários para a reabilitação psicossocial do paciente e de seus familiares.

Os CAPS, por concepção normativa, são unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adstrita, definida pelo nível local, e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, realizado por equipe multiprofissional. Seu objetivo é efetivar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Desta forma, os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm, incontestavelmente, valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, constituindo serviços de saúde municipais, abertos e comunitários, que oferecem atendimento diário.

Cumprido destacar, por oportuno, que são funções dos CAPS:

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais dos usuários em seu território;
- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental em sua área de atuação;
- dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;

De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Evidentemente que a rede de serviços extra-hospitalares não se restringe a existência apenas de CAPS, necessitando, sobremaneira, da implementação de ações de saúde mental na Atenção Básica, de residências terapêuticas, de centros de convivência, e outros, em número adequado e suficiente para atender a demanda.

Outro destaque significativo está relacionado à precarização das relações de trabalho, considerando o descumprimento da legislação ao não se promover concurso público para o provimento das vagas nos equipamentos já instalados.

A contratação dos profissionais para a execução dessa atividade pública essencial, via cooperativa ou por intermédio de empresas prestadoras de serviço, conduz à situação de fragilidade do sistema, pois implica rotatividade de mão-de-obra com o conseqüente descompromisso com o serviço público, salvo as exceções de praxe, porquanto os servidores não têm a expectativa da construção de uma carreira e são manejados ao livre arbítrio do empregador originário, pois não

pertencem ao quadro de carreira dos funcionários estatutários permanentes. Isso ocasiona descontinuidade dos serviços, com real prejuízo ao usuário, além de elevar os custos públicos.

Alguns autores estudaram as precárias condições de trabalho em saúde no Brasil, valendo destacar Girardi (1996), que, analisando a dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, nos anos 90, constata a precarização nesse mercado, verificada através de indicadores como a queda generalizada dos salários de contratação e o aumento dos contratos temporários (terceirização); e Médici (1994), que, visando diagnosticar os principais problemas e soluções pertinentes à regulação do trabalho no setor de saúde brasileiro, afirma que a descentralização desse setor, ocorrida ainda em fase anterior ao SUS, não foi acompanhada de um modelo gerencial capaz de organizar o trabalho no âmbito local e que “a multiplicidade de formas públicas e superpostas de trabalho em saúde não propiciaram o controle dos serviços o que, na ausência de formas articuladas de controle social, acarretaram menor eficiência e qualidade, em que pese a expansão de cobertura”.

A precariedade relativamente à contratação de pessoal, a insuficiência de capacitação técnica e a pouca disponibilidade para o atendimento irão corresponder a vínculos terapêuticos também precários e, conseqüentemente, assistência deficitária. Pode-se compreender, assim, um dos aspectos das articulações todo-parte, que se relacionam dialeticamente numa determinada realidade social.

Os grupos pesquisados manifestam-se, quase à unanimidade, a respeito da fragilidade do controle social na área da saúde mental, entendendo que, por falta de conhecimento mais aprofundado dos conselheiros de saúde, nesta seara, ocorrem entraves na fiscalização das políticas de saúde.

Como de conhecimento, os conselhos de saúde constituem, na regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, a diretriz constitucional no que tange à participação da comunidade, colocando-se, no sistema, como instância deliberativa e fiscalizadora, em cada esfera de governo. O exercício deste *munus* tem um significado importante, tendo em vista o exercício de uma atividade de relevância pública.

As Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90 atribuíram aos conselhos de saúde:

- caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;
- composição por intermédio de quatro segmentos: governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários;
- representação de usuários paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos;
- convocação da conferência de saúde, extraordinariamente, quando o Poder Executivo não o fizer;
- organização e normatização de funcionamento das conferências de saúde e dos conselhos de saúde, definidas em regimento próprio aprovado pelo conselho de saúde;
- fiscalização e deliberação sobre os recursos dos fundos de saúde; e
- deliberação sobre o orçamento, plano de saúde, relatório de gestão e plano de aplicação, entre outros.

Indiscutivelmente, a cada esfera de governo, através da gestão do SUS, cabe garantir a estrutura dos conselhos de saúde, dando-lhes apoio administrativo, operacional, econômico, financeiro, de recursos humanos e materiais necessários ao pleno e regular funcionamento. Entretanto, o que se vê, na prática, é a timidez de atuação dos conselhos e o desencanto dos conselheiros em razão da própria falta de estrutura. Outro aspecto relevante para o comportamento inativo da grande massa de conselheiros de saúde, principalmente no segmento usuário, redundando na falta de qualificação permanente de seus participantes.

Por outro lado, mesmo pertencente à gestão, as Comissões Revisoras de Internações Psiquiátricas Involuntárias – CRIPs, tanto relativamente ao Estado do Ceará, quanto ao Município de Fortaleza, foram apontadas, pelos entrevistados, como órgãos que exercem uma forma de controle e fiscalização relevante daquilo que ocorre no interior dos hospitais psiquiátricos, principalmente quanto à revisão dos prontuários referentes às internações involuntárias, com o objetivo de dar agilidade na implantação de novos conceitos de cuidados e inclusão social das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de provocar a melhoria na qualidade dos serviços permanentemente avaliados.

Foi destacado, também, à unanimidade, o trabalho realizado pelo Ministério Público do Estado do Ceará, por intermédio da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, que, sistematicamente, vem acompanhando a política de saúde mental no Município de Fortaleza e no Estado do Ceará como um todo, exigindo o cumprimento da normatização jurídica e perseguindo a garantia dos direitos constitucionais e infraconstitucionais dos portadores de transtornos mentais.

Com efeito, os artigos 127 e 129, insertos no diploma constitucional vigente, conferem ao Ministério Público poderes e instrumentos legais para a consecução de suas múltiplas funções institucionais, detendo capacidade postulatória não só para abertura do inquérito civil, da ação penal pública e da ação civil pública para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente, mas também de outros interesses difusos e coletivos, *verbis*:

Art. 127. O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

Art. 129. São funções institucionais do Ministério Público:
I. promover, privativamente, ação penal pública, na forma da lei;
II. zelar pelo efetivo dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia;
III. promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos.

Infere-se daí a incumbência institucional de defesa da ordem jurídica, do regime democrático, dos interesses sociais e individuais indisponíveis, ou seja, a missão de zelar pela observância e pelo cumprimento das normas atinentes à cidadania, insculpidas no pacto político gerador do Estado Democrático de Direito.

Por conseguinte, é dever ministerial promover a defesa da ordem democrática, propugnando pelo respeito aos direitos fundamentais assegurados na Constituição Federal.

Disto resulta ao Ministério Público posicionar-se judicial e extrajudicialmente, procurando corrigir irregularidades geradas pelas incongruências do próprio sistema de saúde, bem como no combate à criminalidade, à corrupção, aos desvios de conduta e aos atos lesivos ao patrimônio público e social.

Importante lembrar que a Lei Estadual nº 12.151/93, conhecida como Lei Mário Mamede, ao tratar das internações psiquiátricas compulsórias, contemplou o Ministério Público como partícipe do processo, ao estabelecer, no art. 4º, que:

A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, a autoridade do Ministério Público e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

E o parágrafo segundo do mesmo artigo prevê que:

§2º. O Ministério Público procederá vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos para atendimento psiquiátricos, para fins de verificação do correto cumprimento do disposto nesta Lei.

No mesmo patamar filosófico, a Lei nº 10.216/2001, determina, no parágrafo primeiro, do artigo 8º, que:

§1º. A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico pelo estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

Com efeito, a Portaria GM nº 2.391/2002, do Ministério da Saúde, que, em razão da Lei de Reforma Psiquiátrica é editada com o objetivo de regulamentar o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS, dispõe, no artigo 4º, que:

Art. 4º As internações involuntárias, referidas no artigo 3º §2º, deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias:
I – ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer [...]”.

Essa notificação, a teor do que prescreve o artigo 5º, deverá ser procedida no prazo de setenta e duas horas, em formulário próprio, que conterá

laudo de médico especialista pertencente ao quadro da unidade de saúde responsável pela internação.

O laudo médico constitui parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter, obrigatoriamente, as seguintes informações:

- I – identificação da unidade de saúde;
- II – identificação do profissional médico que autorizou a internação;
- III – identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;
- IV – definição da internação como voluntária ou involuntária;
- V – motivo e justificativa da internação;
- VI – descrição das razões de discordância do usuário sobre sua internação;
- VII – CID;
- VIII – informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social;
- IX – capacidade jurídica do usuário, informando se é interditado ou não;
- X – informações sobre o contexto familiar do usuário; e
- XI – previsão estimada do tempo de internação.

Toda e qualquer espécie de internação psiquiátrica se constitui ação ou serviço de saúde e se reveste de relevância social, cujo zelo a Carta magna cometeu ao *Parquet*. É atuação social na medida em que os acometidos de doença mental recebem a devida assistência e cuidados jurídicos em defesa de seus direitos enquanto pessoas não declaradas legalmente incapazes.

Certo é que o Ministério Público é o órgão responsável pela preservação da Constituição e das leis, assumindo a defesa do reconhecimento da pessoa humana como sujeito de direitos, cuja normatividade há que ser respeitada acima de qualquer outro valor eventualmente conflitante. Cuida, então, o Ministério Público da efetivação de mecanismos legais capazes de possibilitar à comunidade meios de erradicação de graves injustiças discriminatórias e marginalizadoras, que mutilam os elementares direitos à dignidade da pessoa humana.

Por fim, o grupo pesquisado aponta como problema do sistema de saúde mental a questão do financiamento, por entender que o orçamento previsto pelo Ministério da Saúde é insuficiente para a construção da rede de equipamentos substitutivos ao modelo manicomial, de acordo com as necessidades da população, como forma de implementação da Reforma Psiquiátrica no Município de Fortaleza.

Na verdade, há de se concordar com os sujeitos da pesquisa, em tese, com a questão da falta de um financiamento adequado para suprir as demandas da área da saúde mental. Entretanto, convém ressaltar a importância da qualidade e eficiência do gerenciamento adequado dos recursos, por meio de uma gestão pautada pela obediência aos princípios constitucionais da administração pública – legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência (art. 37, CF/88).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Considerações Gerais

A reforma psiquiátrica constitui um grande passo para a conquista da cidadania pelos doentes mentais, pois tem por finalidade atender às demandas dos usuários, dos profissionais de saúde e da própria sociedade. E as necessidades nelas apontadas dizem respeito à desinstitucionalização da saúde mental do modelo de assistência psiquiátrica. Busca, também, novo modelo de cura e perspectivas para o modo de assistência, no intuito da reabilitação psicossocial dos enfermos, a par da atualização das instituições psiquiátricas, retirando-as do arquétipo asilar do hospital psiquiátrico, com internamentos sem diagnósticos precisos e sem previsão de alta, para o modelo que compreende uma rede de serviços de natureza comunitária, na medida em que trabalha no sentido de não segregar o doente mental, mantendo-o no convívio social.

O momento atual apresenta-se como um período de alentadas mudanças estruturais nos campos administrativo e político, relativamente às questões de saúde mental, com a busca da desospitalização e criação de serviços alternativos. Isso se evidencia na medida em que se torna público e inconcebível o modelo tradicional no qual o indivíduo sofre exclusão e segregação da sociedade, de forma compulsória, perdendo, inclusive, os direitos civis e de cidadania, sem a prévia existência de qualquer processo ou procedimento legal.

Com isso, pretende-se humanizar o atendimento, visando à reabilitação do doente, sem que seja necessário excluí-lo ou segregá-lo do meio social em que vive, de forma a garantir-lhe a dignidade e a participação na sociedade enquanto cidadão.

Para que a reforma psiquiátrica obtenha êxito, é imperioso, antes de tudo, incorporar a lei às ações de saúde, bem como engajar a população, através da conscientização e da participação na reabilitação dos doentes mentais e da estruturação das comunidades, possibilitando, assim, intervenção mais solidária. E, para que isso seja possível, necessário é que sejam adaptadas as estruturas e carreados os recursos financeiros indispensáveis à atenção ao doente mental, de forma a mantê-lo no meio social.

Esse novo projeto terapêutico exige a articulação de vários segmentos sociais, de forma interdisciplinar, envolvendo todos aqueles que direta ou indiretamente são mencionados como partícipes do modelo de saúde mental proposto na Lei nº 10.216/2001.

Dentre os princípios que regem a reforma psiquiátrica ganham relevo o direito à saúde, a atuação efetiva do Estado, a democratização da gestão e a construção de uma cidadania eficaz. A vinculação a esses princípios é condição indispensável sobre a qual deve ser alicerçado qualquer projeto relativo à saúde mental, o que conduz a um repensar sobre o modelo tradicional de atendimento psiquiátrico que se coloca à disposição da população, mormente a mais necessitada de recursos e oportunidades e que constitui a maioria.

A reforma psiquiátrica antevê quebra de regras manicomiais em defesa dos direitos de liberdade, de dignidade e de autonomia de cada pessoa, oferecendo tratamento ao indivíduo e não mais ao paciente, além de mantê-lo como membro da sociedade, sem sofrer violências, exclusões ou segregações.

Portanto, mais do que um modelo proposto pela Lei nº 10.216/2001, está em pauta a idéia de construir uma nova ética no estabelecimento das relações indivíduo-sociedade, na qual se insere a relação saúde-doença, possibilitando que o tratamento terapêutico, relativamente à saúde mental, seja incorporado pela cidadania.

2. Conclusões

Ao focalizar o objeto desta pesquisa, analisando o movimento local de reforma psiquiátrica, nas suas dimensões sócio-políticas, legais e teórico-práticas, identifica-se, além da manutenção da hegemonia do setor hospitalar privado, a reorganização do modelo assistencial de saúde mental que se orienta para atender às determinações da atual política nacional de priorizar o atendimento extra-hospitalar de saúde mental, mas que apresenta contradições no modo como vem se conformando.

A reorganização dos serviços, em Fortaleza, embora incorpore alguns elementos da reforma psiquiátrica, desde a edição da Lei nº 10.216/2001, foi absolutamente incipiente até 2005, havendo, a partir desse ano, um incremento

quanto à ampliação dos serviços, porém de forma insuficiente para dar suporte às necessidades da população, permitindo, inclusive, um volume considerável de internações e reinternações psiquiátricas.

A assistência de saúde mental no Município de Fortaleza/Ce enfrenta, ainda, percalços inconfundíveis, considerando que a rede de serviços não está efetivamente organizada, haja vista que a quantidade, os insumos e a estrutura física e de recursos humanos dos CAPS existentes não conseguem dar o suporte necessário e eficiente à demanda populacional. Outro ponto que merece destaque é o quantitativo insignificante de Residência Terapêutica, apenas uma, para uma população de quase dois milhões e meio de habitantes.

Outro dado importante revelado pela pesquisa, que, evidentemente, restringe a implementação da reforma psiquiátrica em Fortaleza, diz respeito à precariedade do vínculo empregatício de todos os profissionais atuantes nos serviços, em face da inexistência de concurso público para o universo das especialidades exigidas. A formação especializada, necessária para a construção coletiva de novas abordagens terapêuticas é insubsistente entre os profissionais das equipes e inexistente como processo de capacitação institucional, tendo em vista que muitos profissionais, ainda agentes das instituições que operam saberes e práticas tradicionalmente segregacionistas, precisam romper e superar tais práticas para atuarem de forma a incluir uma atenção de cuidados que respeitem a cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Outros desafios se referem à redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos; a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, com o acompanhamento de equipes multidisciplinares, para atendimento, principalmente nas urgências; a consolidação da articulação da saúde mental com a rede básica de saúde, para dar vazão à construção de um espaço privilegiado de co-responsabilização territorial sanitária, com assistência aos usuários e seus familiares.

Há que se dar relevo também ao modo como deve ser elaborado o financiamento destinado à saúde mental, com o estabelecimento de prioridades, a fim de que os equipamentos, ações e serviços preconizados na Lei de Reforma Psiquiátrica ganhem efetividade, evitando-se, assim, desvio de recursos ou sua aplicação inadequada.

As questões levantadas na pesquisa apontam, ainda, para a necessidade premente de se desenvolver, com mais vigor e atenção, uma política pública voltada para a saúde mental, de forma que a luta antimanicomial faça parte do passado e que se descortine, no presente, o modelo proposto pela Lei de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O conjunto de dificuldades encontradas na análise dos documentos e das falas dos entrevistados nesta pesquisa corrobora a lista de problemas identificados na pesquisa de Sampaio, Guimarães e Abreu (2010:245/246): retardo na implantação do SUS e da reforma psiquiátrica em Fortaleza; formulação incipiente e voluntarismo da política de saúde mental; ausência de autonomia do financiamento da política de saúde mental e a insuficiência geral de recursos financeiros; paralelismo e fragmentação do campo da saúde mental frente ao SUS; implantação truncada insuficiente do Programa de Saúde da Família, como estratégia fundamental da atenção primária e da rede de atenção integral à saúde mental; serviços com infraestrutura improvisada, insuficiente e inadequada; conflito entre as dimensões da autonomia do sujeito, como percebida pela política de saúde mental e o assistencialismo das políticas de assistência social; desconhecimento mútuo e lógicas em contradição da política de saúde mental com a justiça e a polícia; formulação teórica insuficiente e superficial sobre atenção psicossocial territorial e sobre humanização em saúde; dificuldades teóricas e práticas significativas na construção da intersetorialidade, da interdisciplinaridade, da integralidade, na gestão de territórios de atenção à saúde e na gestão de projetos terapêuticos individuais e coletivos; terapêutica predominantemente centrada na erradicação do sintoma, na ação emergencial e na prescrição massificada de drogas; formação clássica e burocrática dos trabalhadores, pelas universidades, com baixa adesão às necessidades do SUS; oferta profundamente desigual no mercado de trabalho; disponibilidade mínima ou inexistente de médicos psiquiátricos no mercado de trabalho; contratação precária, por tempos parciais e com baixa remuneração dos trabalhadores de nível médio e dos trabalhadores de nível superior, com oferta abundante no mercado de trabalho; insuficiência de identificação dos protocolos e da criatividade para dar resolução a cada situação específica e, por último, habilidade insuficiente para o manejo das dinâmicas de grupo.

A concretização da reforma psiquiátrica, com a promulgação da Lei nº 10.216/2001, é um marco importantíssimo, pois ficou consolidada e catalogada a defesa dos direitos dos pacientes, a sua proteção, a determinação de criação de serviços substitutivos à internação, com a redução de leitos psiquiátricos, bem como a descentralização do atendimento, a fim de que os pacientes recebam tratamento adequado e digno.

Por outro lado, os desafios apresentados na pesquisa devem ser reconhecidos para que, com isso, ocorram as mudanças almeçadas pelos diversos setores, quer seja pelos usuários e seus familiares, quer seja pelos profissionais de saúde, pelo Estado e pela Sociedade.

3. Recomendações

Ao finalizarmos o fechamento da presente pesquisa, cumpre-nos, em razão da trajetória percorrida e dos resultados, elencar algumas questões norteadoras, para que, de forma urgente, o Poder Público, os profissionais de saúde e a sociedade, se aglutinem no sentido de que se efetive a implementação da reforma psiquiátrica no Município de Fortaleza, nos moldes preconizados pela Constituição Federal/88 e pela Lei nº 10.216/2001:

- Formalizar, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, o planejamento sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, com o funcionamento de recursos alternativos de atendimento, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centros de convivência, CAPS e residências terapêuticas em número suficiente para a população do município de Fortaleza, atendendo-se ao que determina a Lei Estadual nº 12.151, de 29/07/1993;
- Humanizar o atendimento, objetivando a reabilitação do doente sem a necessidade de excluí-lo ou segregá-lo do meio social em que vive;
- Organizar, efetivamente, a rede de serviços da área de saúde mental dotando-a de estrutura física, insumos e recursos humanos, de acordo com a necessidade da população;
- Implantar a atenção de urgência/emergência psiquiátrica na rede de urgência/emergência geral;

- Ampliar o número de CAPS para que a população a eles referenciada seja atendida sem que haja solução de continuidade, fator fundamental para evitar a recaída dos pacientes;
- Trabalhar, efetivamente, a integração das equipes de saúde básica e de saúde mental no município de Fortaleza, com a finalidade de contribuir para a implementação da rede de atenção à saúde mental, mediante a realização de cursos de capacitação em saúde mental para as equipes de atenção básica, onde a rede hospitalar seja deficiente;
- Encontrar meios para custear o deslocamento dos pacientes portadores de transtornos mentais e seus acompanhantes à unidade da rede substitutiva;
- Construção de um número expressivo de residências terapêuticas, para que apoiem, sobremaneira, a desinstitucionalização de pacientes excluídos do programa “De Volta para Casa”;
- Implantação de programa de avaliação dos CAPS, por parte da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, de forma a garantir à população a qualidade dos serviços oferecidos;
- Estabelecer programa de supervisão clínico-institucional para qualificação da atenção à saúde mental;
- Informatizar os CAPS e criar mecanismos que facilitem o agendamento de consultas e o deslocamento dos pacientes até as respectivas unidades de tratamento;
- Identificar os pacientes asilares existentes nas unidades hospitalares psiquiátricas e providenciar, gradativamente, sua inserção na comunidade, por intermédio das residências terapêuticas;
- Criar unidades psiquiátricas em hospitais gerais e, em especial, em hospitais universitários, com acompanhamentos de equipes multidisciplinares para atendimento, consoante estabelecido no contexto da reforma psiquiátrica brasileira;
- Elaboração de cartilha com orientações sobre a reforma psiquiátrica, bem como a oferta de treinamentos aos conselheiros de saúde no Município de Fortaleza, sobre o controle necessário das ações e serviços de saúde mental;

- Realização imediata de concurso público para todas as unidades da área de saúde mental, espancando, desta forma, a ilegalidade e precariedade do vínculo empregatício de todos os profissionais atuantes no serviço;
- Estabelecer plano de educação continuada a todos os profissionais da área de saúde mental e
- Realizar planejamento continuado das necessidades dos portadores de transtornos mentais relativamente aos medicamentos essenciais, para que estes não venham a faltar nos postos de saúde, nos CAPS, nos ambulatórios especializados, enfim, em toda a rede de assistência em saúde mental, já que existe disponibilidade de tais medicamentos no Sistema Único de Saúde-SUS.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. México-Buenos Aires: Fundo de Cultura Econômica, 1963.
- ALMEIDA, Paulo César de; RUIZ, Erasmo Miessa (orgs.). **Nutrição, saúde mental e políticas de saúde pública**. Fortaleza: INESP/EdUECE, 1999. (Coleção “Saúde Coletiva no Ceará”, n. 2).
- AMARANTE, P. (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- BARROS, R.; BICHAFF, R. (Orgs.). **Desafios para a desinstitucionalização – Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. SMS de São Paulo. FUNDAP. São Paulo, 2008.
- BARROSO, Luis Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas. limites e possibilidades da constituição brasileira**. 7. ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa – contra o pessimismo da razão e o otimismo da prática**. 2. ed. São Paulo: Brasil Debates, 1979.
- BASAGLIA, F. **A Psiquiatria alternativa**. 3ª ed. São Paulo: Brasil debates, 1982.
- BIRMAN, J. A. **Cidadania Treloucada – Notas Introdutórias sobre a Cidadania dos Doentes Mentais**. In BEZERRA Jr, B; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem Hospício**. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992.
- BOTEGA, Neury J.; DALGALARRONDO, Paulo. **Saúde mental no hospital geral: espaço para o psíquico**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- BRASIL. **Legislação em Saúde mental – Ministério da Saúde**. 5ª ed. Brasília, 2004.
- BULOS, Uadi Lammêgo. **Constituição federal anotada**. São Paulo: Saraiva, 2000.
- CARNELUTTI, Francesco. **Teoria geral do direito**. São Paulo: Lejus, 2000.
- CIULLA, Luiz. **Saúde mental nas etapas da vida**. Porto Alegre: Movimento, 1976.
- DALLARI, S. G.. **Os Estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- DELGADO. Paulo G. G. **Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo**. Saúde em Debate, v. 35, p. 80-84, jul. 1992.

- DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- DONALDSON, Margaret. **A mente humana**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
- FÁVERO, Flamíneo. **Medicina legal**. 8. ed. São Paulo: Martins, 1966. v. 1-3
- FIRMINO, Hiram. **A lucidez da loucura**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.
- FONSECA, A. Fernandes de. **Saúde mental e humanização** – São João de Deus e a assistência hospitalo-comunitária. Porto: Afrontamento, 1995.
- FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; BRAGA, Violante Augusta Batista; SOUZA, Ângela Maria Alves. **Políticas de saúde, saúde mental e interdisciplinariedade: avaliação e métodos**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 2001.
- FREITAS, Fernando Ferreira Pinto. **Subsídios para mudança do modelo de assistência psiquiátrica**. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 dez. 2005.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- GIRARDI, S. N. **Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral**. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, nº 14, p.23 a 32, ago., 1996.
- GOUVEIA, Roberto. **Saúde pública, suprema lei**. São Paulo: Mandacaru, 2000.
- HARARI, Angelina; VALENTINI, Williams (org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- HENRIQUES, Antonio; MEDEIROS, João Bosco. **Monografia no curso de direito**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- HERSCH, Jeanne (org.). **O direito de ser homem**. 2ª ed. São Paulo: UNESCO, 1972.
- INFORMAÇÃO PSIQUIÁTRICA – Disciplina de Psiquiatria e Psicopatologia da Universidade do Rio de Janeiro. V. 18, n. 4, out./nov./dez. 1999.
- JORGE, Maria Salete Bessa; SAMPAIO, José Jackson Coelho; MORAIS, Ana Patrícia Pereira (org.). **Saúde mental e saúde pública: interfaces da teoria, prática, ética e cidadania**. Fortaleza: INESP, 1999. (Coleção “Saúde Coletiva no Ceará”, n. 4).
- JORGE, Maria Salete Bessa; SILVA, Waldine Viana da; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de (org.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. Fortaleza: INESP/EDUECE, 1999. (Coleção “Saúde Coletiva no Ceará”, Nº 3).
- JORNAL BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA – IPUB.:V.51, p. 301-396, nov./dez. 2003;

_____. V. 52 p.143-153, mar./abr. 2003;

_____. V. 52 p. 313-322, jul./ago. 2003;

_____. V. 52 p. 349-354, set./out. 2003;

_____. V. 53 p. 383-392, nov./dez. 2004;

_____. V. 54 p. 13-17, jan./fev./mar. 2005.

KANTORSKI, L. P. **A reforma psiquiátrica: um estudo parcial acerca da produção científica da temática.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 3, n. 2, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 10 dez. 2005.

LANCETTI, Antonio (coord.). **Saúde loucura.** São Paulo: Hucitec, 1987. n. 1.

_____. **Saúde loucura.** São Paulo: Hucitec, 2001. n. 7.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MACHADO, Antonio Cláudio da Costa. **A intervenção do ministério público no processo civil brasileiro.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras, 2001.

MEDICI, A. C. **A regulação do trabalho no âmbito da saúde.** OPAS/MS. Série Desenvolvimento e Recursos Humanos Nº6. Brasília, 1994.

MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MORAES, A. de. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

NUTRIÇÃO, SAÚDE MENTAL E POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA. Fortaleza: INESP-CE/UECE, 1999. p. 63-85,105-115. (Coleção "Saúde Coletiva no Ceará", n. 2).

ORLANDI, Eni P. **Análise de discurso – princípios e procedimentos.** 5ª ed. Campinas, SP: Pontes, 2003.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas.** 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 1995.

_____. **Os nomes da loucura.** São Paulo: Ed. 34, 1999.

_____. **O século dos manicômios.** São Paulo: Ed. 34, 1996.

PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

PITTA, A. M. F.; DALLARI, S. G. **A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde no Brasil**. Rev. Saúde em Debate. Rio de Janeiro Nº 36, outubro, 1992, p.19-23.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTOCARRERO, V. M.. **O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./mar. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 dez. 2005.

RÁO, Vicente. **O direito e a vida dos direitos**. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999.

REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – Associação Brasileira de Psiquiatria. V. 25, n. 4, p. 245-248, out. 2003.

REVISTA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA – Instituto do Cérebro – ICEPES. V. 8, n. 1, p. 1-3, jan./ago. 2004.

REVISTA DE PSIQUIATRIA CLÍNICA – Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. V. 31, n. 2, p. 105-106, 2004;

RITT, Eduardo. **O Ministério Público como instrumento de democracia e garantia constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

RODRIGUES, João Gaspar. **O Ministério Público e um novo modelo de Estado**. Manaus: Valer, 1999.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. **Desinstitucionalização, Uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”**. in ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D.; RISIO, C. de. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

_____. **Hospital psiquiátrico público no Brasil – a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, 1994. v. 2, p. 85-114.

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SARACENO, Benedetto; ASIOLI, Fabrizio; TOGNONI, Gianni. **Manual de saúde mental**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAÚDE MENTAL. **Da Prática Psiquiátrica Asilar ao III Milênio**. Fortaleza: INESP-CE/UECE, 1999. p. 13-41,42-55,56-70. (Coleção “Saúde Coletiva no Ceará”, n. 3).

SAÚDE MENTAL E SAÚDE PÚBLICA. **Interface de teoria, prática, ética e cidadania**. Fortaleza: INESP-CE/UECE, 1999. p. 27-31,89-95,111-122,123-137,159-165. (Coleção “Saúde Coletiva no Ceará”, n. 4).

SILVA, Valmir Amador da. **A história da loucura – em busca da saúde mental**. São Paulo: Edições de Ouro, 1979.

SILVA, Raquel de Lima. **Entre muros: quando se rompe as relações entre o indivíduo com sofrimento mental e a sociedade. Um olhar de Assistente Social**. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/raquel.htm>>. Acesso em: 05 nov. 2005.

TSU, Tânia. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1993.

VAN DEN BERG. J. H. **Pequena psiquiatria**. São Paulo Ed. Mestre Jou, 1970.

ANEXOS

ANEXO A – CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL Seção II DA SAÚDE

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

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

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

- I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;
- II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;
- III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

- I - os percentuais de que trata o § 2º;
- II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus

respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

CAPÍTULO IV
DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS À JUSTIÇA
Seção I
DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Art. 127. O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

§ 1º - São princípios institucionais do Ministério Público a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional.

§ 2º Ao Ministério Público é assegurada autonomia funcional e administrativa, podendo, observado o disposto no art. 169, propor ao Poder Legislativo a criação e extinção de seus cargos e serviços auxiliares, provendo-os por concurso público de provas ou de provas e títulos, a política remuneratória e os planos de carreira; a lei disporá sobre sua organização e funcionamento.

§ 3º - O Ministério Público elaborará sua proposta orçamentária dentro dos limites estabelecidos na lei de diretrizes orçamentárias.

§ 4º Se o Ministério Público não encaminhar a respectiva proposta orçamentária dentro do prazo estabelecido na lei de diretrizes orçamentárias, o Poder Executivo considerará, para fins de consolidação da proposta orçamentária anual, os valores aprovados na lei orçamentária vigente, ajustados de acordo com os limites estipulados na forma do § 3º.

§ 5º Se a proposta orçamentária de que trata este artigo for encaminhada em desacordo com os limites estipulados na forma do § 3º, o Poder Executivo procederá aos ajustes necessários para fins de consolidação da proposta orçamentária anual.

§ 6º Durante a execução orçamentária do exercício, não poderá haver a realização de despesas ou a assunção de obrigações que extrapolem os limites estabelecidos na lei de diretrizes orçamentárias, exceto se previamente autorizadas, mediante a abertura de créditos suplementares ou especiais.

Art. 128. O Ministério Público abrange:

I - o Ministério Público da União, que compreende:

- a) o Ministério Público Federal;
- b) o Ministério Público do Trabalho;
- c) o Ministério Público Militar;
- d) o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios;

II - os Ministérios Públicos dos Estados.

§ 1º - O Ministério Público da União tem por chefe o Procurador-Geral da República, nomeado pelo Presidente da República dentre integrantes da carreira, maiores de trinta e cinco anos, após a aprovação de seu nome pela maioria absoluta dos membros do Senado Federal, para mandato de dois anos, permitida a recondução.

§ 2º - A destituição do Procurador-Geral da República, por iniciativa do Presidente da República, deverá ser precedida de autorização da maioria absoluta do Senado Federal.

§ 3º - Os Ministérios Públicos dos Estados e o do Distrito Federal e Territórios formarão lista tríplice dentre integrantes da carreira, na forma da lei respectiva, para escolha de seu Procurador-Geral, que será nomeado pelo Chefe do Poder Executivo, para mandato de dois anos, permitida uma recondução.

§ 4º - Os Procuradores-Gerais nos Estados e no Distrito Federal e Territórios poderão ser destituídos por deliberação da maioria absoluta do Poder Legislativo, na forma da lei complementar respectiva.

§ 5º - Leis complementares da União e dos Estados, cuja iniciativa é facultada aos respectivos Procuradores-Gerais, estabelecerão a organização, as atribuições e o estatuto de cada Ministério Público, observadas, relativamente a seus membros:

I - as seguintes garantias:

- a) vitaliciedade, após dois anos de exercício, não podendo perder o cargo senão por sentença judicial transitada em julgado;
- b) inamovibilidade, salvo por motivo de interesse público, mediante decisão do órgão colegiado competente do Ministério Público, pelo voto da maioria absoluta de seus membros, assegurada ampla defesa;
- c) irredutibilidade de subsídio, fixado na forma do art. 39, § 4º, e ressalvado o disposto nos arts. 37, X e XI, 150, II, 153, III, 153, § 2º, I;

II - as seguintes vedações:

- a) receber, a qualquer título e sob qualquer pretexto, honorários, percentagens ou custas processuais;
- b) exercer a advocacia;
- c) participar de sociedade comercial, na forma da lei;
- d) exercer, ainda que em disponibilidade, qualquer outra função pública, salvo uma de magistério;
- e) exercer atividade político-partidária;
- f) receber, a qualquer título ou pretexto, auxílios ou contribuições de pessoas físicas, entidades públicas ou privadas, ressalvadas as exceções previstas em lei.

§ 6º Aplica-se aos membros do Ministério Público o disposto no art. 95, parágrafo único, V.

Art. 129. São funções institucionais do Ministério Público:

I - promover, privativamente, a ação penal pública, na forma da lei;

II - zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia;

- III - promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos;
- IV - promover a ação de inconstitucionalidade ou representação para fins de intervenção da União e dos Estados, nos casos previstos nesta Constituição;
- V - defender judicialmente os direitos e interesses das populações indígenas;
- VI - expedir notificações nos procedimentos administrativos de sua competência, requisitando informações e documentos para instruí-los, na forma da lei complementar respectiva;
- VII - exercer o controle externo da atividade policial, na forma da lei complementar mencionada no artigo anterior;
- VIII - requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, indicados os fundamentos jurídicos de suas manifestações processuais;
- IX - exercer outras funções que lhe forem conferidas, desde que compatíveis com sua finalidade, sendo-lhe vedada a representação judicial e a consultoria jurídica de entidades públicas.

§ 1º - A legitimação do Ministério Público para as ações civis previstas neste artigo não impede a de terceiros, nas mesmas hipóteses, segundo o disposto nesta Constituição e na lei.

§ 2º As funções do Ministério Público só podem ser exercidas por integrantes da carreira, que deverão residir na comarca da respectiva lotação, salvo autorização do chefe da instituição.

§ 3º O ingresso na carreira do Ministério Público far-se-á mediante concurso público de provas e títulos, assegurada a participação da Ordem dos Advogados do Brasil em sua realização, exigindo-se do bacharel em direito, no mínimo, três anos de atividade jurídica e observando-se, nas nomeações, a ordem de classificação.

§ 4º Aplica-se ao Ministério Público, no que couber, o disposto no art. 93.

§ 5º A distribuição de processos no Ministério Público será imediata.

Art. 130. Aos membros do Ministério Público junto aos Tribunais de Contas aplicam-se as disposições desta seção pertinentes a direitos, vedações e forma de investidura.

Art. 130-A. O Conselho Nacional do Ministério Público compõe-se de quatorze membros nomeados pelo Presidente da República, depois de aprovada a escolha pela maioria absoluta do Senado Federal, para um mandato de dois anos, admitida uma recondução, sendo:

- I - o Procurador-Geral da República, que o preside;
- II - quatro membros do Ministério Público da União, assegurada a representação de cada uma de suas carreiras;
- III - três membros do Ministério Público dos Estados;
- IV - dois juízes, indicados um pelo Supremo Tribunal Federal e outro pelo Superior Tribunal de Justiça;
- V - dois advogados, indicados pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil;

VI - dois cidadãos de notável saber jurídico e reputação ilibada, indicados um pela Câmara dos Deputados e outro pelo Senado Federal.

§ 1º Os membros do Conselho oriundos do Ministério Público serão indicados pelos respectivos Ministérios Públicos, na forma da lei.

§ 2º Compete ao Conselho Nacional do Ministério Público o controle da atuação administrativa e financeira do Ministério Público e do cumprimento dos deveres funcionais de seus membros, cabendo-lhe:

I - zelar pela autonomia funcional e administrativa do Ministério Público, podendo expedir atos regulamentares, no âmbito de sua competência, ou recomendar providências;

II - zelar pela observância do art. 37 e apreciar, de ofício ou mediante provocação, a legalidade dos atos administrativos praticados por membros ou órgãos do Ministério Público da União e dos Estados, podendo desconstituí-los, revê-los ou fixar prazo para que se adotem as providências necessárias ao exato cumprimento da lei, sem prejuízo da competência dos Tribunais de Contas;

III - receber e conhecer das reclamações contra membros ou órgãos do Ministério Público da União ou dos Estados, inclusive contra seus serviços auxiliares, sem prejuízo da competência disciplinar e correicional da instituição, podendo avocar processos disciplinares em curso, determinar a remoção, a disponibilidade ou a aposentadoria com subsídios ou proventos proporcionais ao tempo de serviço e aplicar outras sanções administrativas, assegurada ampla defesa;

IV - rever, de ofício ou mediante provocação, os processos disciplinares de membros do Ministério Público da União ou dos Estados julgados há menos de um ano;

V elaborar relatório anual, propondo as providências que julgar necessárias sobre a situação do Ministério Público no País e as atividades do Conselho, o qual deve integrar a mensagem prevista no art. 84, XI.

§ 3º O Conselho escolherá, em votação secreta, um Corregedor nacional, dentre os membros do Ministério Público que o integram, vedada a recondução, competindo-lhe, além das atribuições que lhe forem conferidas pela lei, as seguintes:

I receber reclamações e denúncias, de qualquer interessado, relativas aos membros do Ministério Público e dos seus serviços auxiliares;

II exercer funções executivas do Conselho, de inspeção e correição geral;

III requisitar e designar membros do Ministério Público, delegando-lhes atribuições, e requisitar servidores de órgãos do Ministério Público.

§ 4º O Presidente do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil oficiará junto ao Conselho.

§ 5º Leis da União e dos Estados criarão ouvidorias do Ministério Público, competentes para receber reclamações e denúncias de qualquer interessado contra membros ou órgãos do Ministério Público, inclusive contra seus serviços auxiliares, representando diretamente ao Conselho Nacional do Ministério Público.

ANEXO B – LEI Nº 10.216, DE 06 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

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

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

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

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

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

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

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE CARACAS

Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
 - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
 - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
 - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e
 - d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;
2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para

desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;

3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;

2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;

3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

- a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
- b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
- c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;

4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que:

- a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais;
- b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;

5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que

SOLICITAM

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990

ANEXO D – PORTARIA MS/GM Nº 2.391, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2002

Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as determinações da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando a Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental, da ONU, de 17 de dezembro de 1991;

Considerando as resoluções do Seminário “Direito à Saúde Mental – regulamentação e aplicação da Lei 10.216”, realizado em 23 de novembro de 2001, pelo Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados;

Considerando as consultas realizadas pelo Ministério da Saúde, em articulação com a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, junto ao Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça;

Considerando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, e

Considerando as consultas realizadas pelo Ministério da Saúde junto às instâncias municipais e estaduais do SUS, na área de Saúde Mental, resolve:

O

Art. 1º Determinar que os estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do Sistema Único de Saúde, observem o disposto nesta Portaria para efetuarem as internações psiquiátricas voluntárias ou involuntárias, conforme o disposto na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 2º. Definir que a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

Art. 3º Estabelecer que ficam caracterizadas quatro modalidades de internação:

- Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI);
- Internação Psiquiátrica Voluntária (IPV),
- Internação Psiquiátrica Voluntária que se torna Involuntária (IPVI),

- Internação Psiquiátrica Compulsória (IPC).

§ 1º Internação Psiquiátrica Voluntária é aquela realizada com o consentimento expresso do paciente.

§ 2º Internação Psiquiátrica Involuntária é aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente.

§ 3º A Internação Psiquiátrica Voluntária poderá tornar-se involuntária quando o paciente internado exprimir sua discordância com a manutenção da internação.

§ 4º A Internação Psiquiátrica Compulsória é aquela determinada por medida judicial e não será objeto da presente regulamentação.

Art.4º Estabelecer que as internações involuntárias, referidas no art. 3.º § 2º, deverão ser objeto de notificação às seguintes instâncias:

I – ao Ministério Público Estadual ou do Distrito Federal e Territórios onde o evento ocorrer, II – à Comissão referida no art. 10º.

Art. 5º Estabelecer que a Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária deverá ser feita, no prazo de 72 horas, às instâncias referidas no artigo anterior, observado o sigilo das informações, em formulário próprio (Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, modelo constante do Anexo desta Portaria), que deverá conter laudo de médico especialista pertencente ao quadro de funcionários do estabelecimento de saúde responsável pela internação.

Parágrafo único. O laudo médico é parte integrante da Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária, a qual deverá conter obrigatoriamente as seguintes informações:

- I - identificação do estabelecimento de saúde;
- II - identificação do médico que autorizou a internação;
- III - identificação do usuário e do seu responsável e contatos da família;
- IV - caracterização da internação como voluntária ou involuntária;
- V - motivo e justificativa da internação;
- VI - descrição dos motivos de discordância do usuário sobre sua internação;
- VII - CID;
- VIII - informações ou dados do usuário, pertinentes à Previdência Social (INSS);
- IX - capacidade jurídica do usuário, esclarecendo se é interditado ou não; e
- X - informações sobre o contexto familiar do usuário;
- XI - previsão estimada do tempo de internação

Art. 6º. Estabelecer que ao Ministério Público caberá o registro da notificação das internações psiquiátricas involuntárias (IPI), bem como das voluntárias que se tornam involuntárias (IPVI), para controle e acompanhamento destas até a alta do paciente.

Art. 7º. Determinar que, se no decurso de uma internação voluntária o paciente exprimir discordância quanto à sua internação, após sucessivas tentativas de persuasão pela equipe terapêutica, passando a caracterizar-se uma internação

involuntária, o estabelecimento de saúde envie ao Ministério Público o Termo de Comunicação de Internação Involuntária, até 72 horas após aquela manifestação, devidamente assinado pelo paciente.

Art.8º Definir que caberá à instituição responsável pela internação involuntária a comunicação da alta hospitalar, conforme modelo de formulário anexo, do qual deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações:

I - numeração da IPI;

II - data;

III - condições da alta;

IV - encaminhamento do paciente.

Art. 9º Estabelecer que nas internações voluntárias deverá ser solicitado ao paciente que firme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, modelo em anexo, que ficará sob a guarda do estabelecimento.

Art.10. Estabelecer que o gestor estadual do SUS constituirá uma Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias, com a participação de integrante designado pelo Ministério Público Estadual, que fará o acompanhamento dessas internações, no prazo de setenta e duas horas após o recebimento da comunicação pertinente.

§ 1º A Comissão deverá ser multiprofissional, sendo integrantes dela, no mínimo, um psiquiatra ou clínico geral com habilitação em Psiquiatria, e um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico do estabelecimento onde ocorrer a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares.

§ 2º Se necessário, poderão ser constituídas Comissões Revisoras das Internações Psiquiátricas Involuntárias, em âmbito microrregional, municipal ou por regiões administrativas de municípios de grande porte.

Art. 11. Definir que o Ministério Público poderá solicitar informações complementares ao autor do laudo e à direção do estabelecimento, bem como realizar entrevistas com o internado, seus familiares ou quem mais julgar conveniente, podendo autorizar outros especialistas a examinar o internado, com vistas a oferecerem parecer escrito.

Art. 12. Estabelecer que a Comissão Revisora efetuará, até o sétimo dia da internação, a revisão de cada internação psiquiátrica involuntária, emitindo laudo de confirmação ou suspensão do regime de tratamento adotado e remetendo cópia deste ao estabelecimento de saúde responsável pela internação, no prazo de vinte e quatro horas.

Art. 13. Estabelecer que o Diretor do estabelecimento enviará mensalmente ao gestor estadual do SUS, listagem contendo o nome do paciente internado e o número da notificação da Internação Psiquiátrica Involuntária (IPI e IPVI), ressalvados os cuidados de sigilo.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

(timbre da instituição)

_____, de _____ de 200_

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a internação do paciente abaixo relacionado:

COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE _____ Nº _____	
1. ESTABELECIMENTO	
Nome: _____	C.G.C.: _____
2. PACIENTE	
Nome : _____	
Pai : _____	
Mãe: _____	
Identidade Nº: _____ Órgão exp.: _____ U.F.: _____	
C.I.C.: _____	
Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____	
Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Acompanhante/Responsável	
Nome: _____	
Grau de parentesco: _____	
Endereço: _____ tel.: _____	
RG: _____ Assinatura: _____	
3. INTERNAÇÃO	
Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Local: _____	
Motivo da Internação: _____	
Justificativa da Involuntariedade:	

Motivo de discordância do paciente quanto à internação:	

Antecedentes psiquiátricos:
Tempo estimado da internação (dias): () 1 a 5 () 6 a 14 () 15 a 21 () 22 a 30 () mais de 30
Médico Responsável pela Internação:
Assinatura e Carimbo com nº do CRM
Contexto familiar:
4. Situação Jurídica do paciente: Interditado? () sim () não () informação ignorada
5. Dados sobre INSS:
6. Observações:

TIMBRE DA INSTITUIÇÃO

_____, de _____ de 200_

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 8º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

COMUNICAÇÃO DE ALTA DO PACIENTE - Nº _____
1. ESTABELECIMENTO
Nome: _____ C.G.C.: _____

2. PACIENTE

Nome : _____
 Pai : _____
 Mãe: _____
 Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____
 C.I.C.: _____
 Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____
 Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____
 Endereço: _____ Cidade: _____
 UF: _____

3. ALTA

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Setor: _____
 Justificativa da Alta:

Médico Responsável pela Alta:

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Familiar Responsável pelo paciente:

Grau de Parentesco: _____ Identidade Nº: _____ Órgão
 Exp.: _____ U.F.: _____

Assinatura do Responsável

4. Alta solicitada por: () médico () familiar () responsável legal () outros

5. Observações:

(timbre da instituição)

Local e data: _____

Dando cumprimento ao que dispõe o § 1º do artigo 7º, da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre a alta do(a) paciente abaixo relacionado(a):

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA INTERNAÇÃO
PSIQUIÁTRICA VOLUNTÁRIA Nº _____**

1. ESTABELECIMENTO

Nome: _____ C.G.C.: _____

2. PACIENTE

Nome: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Exp.: _____ U.F.: _____ C.I.C.: _____

Naturalidade: _____ U.F.: _____ Nacionalidade: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

UF: _____

3. INTERNAÇÃO

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ C.I.D.: _____ Setor: _____

Justificativa:

Médico Responsável:

Assinatura e Carimbo com nº do CRM

Familiar/ Responsável pelo paciente:

Grau de Parentesco: _____ Identidade Nº: _____

Órgão Exp.: _____ U.F.: _____

Endereço: _____

tel.: _____

Assinatura do Responsável

4. CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo com minha internação neste hospital, tendo em vista as informações que me foram prestadas pelo médico responsável, sobre a necessidade de internação e também sobre os meus direitos, garantidos na Lei 10. 216.

Brasília, de _____ de _____

Assinatura ou polegar do paciente

5. Observações:**ANEXO E – PORTARIA MS/GM Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3o desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semiintensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro;
- c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;
- i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 02 (dois) médicos psiquiatras;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.
- c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo,

assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01(um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;
- g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;
- h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro.
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais,

regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional

necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do

Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação –FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5o, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9o.. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO F - LEI Nº 12.151, DE 29 DE JULHO DE 1993 (D.O. DE 12.08.93)

Dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DO CEARÁ

Faço saber que a Assembléia Legislativa decretou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica proibido no território do Estado do Ceará, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, e a contratação e financiamento, pelos setores estatais, de novos leitos naqueles hospitais.

§ 1º - No prazo de cinco anos, contados da publicação desta Lei, os Hospitais Psiquiátricos existentes deverão adaptar-se ao disposto na presente Lei.

§ 2º - O Conselho Estadual de Saúde quando da adaptação dos Hospitais existentes observará, sempre que possível, critérios de atendimento a que os Hospitais Psiquiátricos se destinavam.

Art. 2º - A Secretaria Estadual de Saúde, as comissões interinstitucionais, o conselho estadual, as comissões municipais, locais e as Secretarias Municipais de Saúde, estabelecerão a planificação necessária para a instalação e o funcionamento de recursos alternativos de atendimento, como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, centros de atenção, centros de convivência, lares, Pensões protegidas, entre outros, bem como estabelecerão, conjuntamente, critérios para viabilizar o disposto no § 1º do Artigo anterior, fixando a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos.

§ 1º - O Conselho Estadual de Saúde constituirá uma Comissão Estadual de reforma em saúde mental, no qual estarão representados os trabalhadores em saúde mental, familiares, Poder Público, Ordem dos Advogados do Brasil e Comunidade Científica, sendo de sua competência o acompanhamento da elaboração dos planos regionais e/ou locais de atenção à saúde mental; fiscalizar sua implementação bem como aprová-los ao seu termo.

§ 2º - É competência das Secretarias Estaduais e Municipais, a coordenação do processo de substituição de leitos psiquiátricos, bem como a fixação, ouvidas as entidades a que se refere o "caput" deste Artigo, dos prazos e condições para a total extinção dos hospitais psiquiátricos no Estado.

§ 3º - Os Conselhos Municipais de Saúde - CMS - estabelecerão critérios objetivos para a reserva de leitos psiquiátricos indispensáveis nos hospitais gerais, observados os princípios previstos nesta Lei, bem como fixará a base demográfica mínima para a atenção integral, em postos de saúde, na área de saúde mental.

§ 4º - A substituição do sistema atual obedecerá a critérios de planejamento, não podendo a desativação exceder a um vigésimo (1/20) do total de leitos existentes no Estado, ao ano.

Art. 3º - Aos pacientes asilares, assim atendidos àqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se ao desamparo dependendo do Estado para a sua manutenção, este providenciará atenção integral, devendo, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade de sua proveniência.

Art. 4º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de vinte e quatro horas, à autoridade do Ministério Público e à Comissão de Ética Médica do estabelecimento.

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

§ 2º - O Ministério Pública procederá vistorias periódicas nos estabelecimentos que mantenham leitos para atendimentos psiquiátricos, para fins de verificação do correto cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 5º - Todas as internações de caráter psiquiátrico, compulsória ou não, deverão ser confirmadas, no máximo em quarenta e oito horas de internação respectiva, por laudo de junta interdisciplinar, composta por membros da comunidade, trabalhadores em saúde mental, e por representantes do Poder Público local.

Art. 6º - Compete às Secretarias Municipais de Saúde e aos Conselhos Municipais de Saúde a fiscalização sobre a aplicação das medidas necessárias à efetivação do disposto nesta Lei, bem como a correta observância do previsto no Artigo anterior, sem prejuízo da competência reservada à Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 7º - No prazo máximo de um ano, os órgãos competentes deverão apresentar à Assembléia Legislativa do Estado os planos e os critérios objetivos que viabilizem, ao final do prazo previsto no § 1º do Art. 1º, a total extinção dos hospitais psiquiátricos no território estadual, e a absorção da política determinada por este diploma, pelos hospitais gerais públicos e privados.

Art. 8º - A Secretaria Estadual de Saúde poderá, para garantir a execução dos fins desta Lei, cassar licenciamento, aplicar multas e outras punições administrativas previstas na legislação em vigor, bem como expedirá os atos administrativos necessários para sua regulamentação.

Art. 9º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, em Fortaleza, aos 29 de julho de 1993.

CIRO FERREIRA GOMES
ANA MARIA CAVALCANTE E SILVA