



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**ANTROPOLOGIA – DIVERSIDADE
CULTURAL LATINO-AMERICANA**

**DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL:
UM DEBATE NECESSÁRIO**

FERNANDA MENEGHIM ZANELLA

Foz do Iguaçu
2019



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**ANTROPOLOGIA – DIVERSIDADE
CULTURAL LATINO-AMERICANA**

**DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL:
UM DEBATE NECESSÁRIO**

FERNANDA MENEGHIM ZANELLA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Direitos Humanos na América Latina.

Orientadora: Prof^a. Ms. Adriéli Volpato Craveiro

Foz do Iguaçu
2019

FERNANDA MENEGHIM ZANELLA

**DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL:
UM DEBATE NECESSÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Direitos Humanos na América Latina.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Ms. Adriéli Volpato Craveiro

Ms. Francielle Toscan
Ministério Público do Paraná

Ms. Rosemari Taborda Weidauer
Centro de Atenção Psicossocial Infantil – Foz do Iguaçu

Foz do Iguaçu, 30 de março de 2019.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Fernanda Meneghim Zanella

Curso: Direitos Humanos na América Latina

	Tipo de Documento
<input type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input checked="" type="checkbox"/> especialização	<input type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/> _____

Título do trabalho acadêmico: **DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL: UM DEBATE NECESSÁRIO**

Nome do orientador(a): Adriéli Volpato Craveiro

Data da Defesa: 30/03/2019.

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública Creative Commons Licença 3.0 Unported.

Foz do Iguaçu, 30 de março de 2019.

Assinatura do Responsável

ZANELLA, Fernanda Meneghim **Direitos Humanos e Saúde mental**: um debate necessário. 2019. 57 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso nível *scrito sensu* Direitos Humanos na América Latina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso tem como intuito analisar a atual política de saúde mental e sua possível articulação na garantia dos direitos humanos na atual conjuntura da sociedade brasileira. Para isso, foi realizado levantamento de informações por meio de pesquisa bibliográfica em leis, decretos nacionais e internacionais e autores que discutem o tema, a fim de atingir os objetivos específicos do trabalho, a saber: a reflexão sobre os direitos humanos na política de saúde mental, a apreensão da construção da política de saúde mental no Brasil no que tange ao avanço dos direitos humanos e a análise dos tipos de internações involuntárias frente a tais direitos. Como resultado da pesquisa, identificou-se os avanços, nos últimos trinta anos, na legislação brasileira no que afeta ao tema, e que, à medida que as legislações foram evoluindo, conseqüentemente cresceram os serviços de atendimento à pessoa com transtorno mental e dependência química na forma de rede extra-hospitalar no país. Por outro lado, concluiu-se que a realização da internação compulsória, ainda adotada como uma prática na área da saúde, viola os direitos humanos da pessoa com transtorno mental e dependência química, como também que a política de saúde mental sofre atualmente retrocessos devido ao cenário econômico e político do Brasil, fragilizando ainda mais a possibilidade de garantir os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e dependência química.

Palavras-chave: Saúde Mental. Internação Compulsória. Direitos Humanos.

ZANELLA, Fernanda Meneghim. **Human Rights and Mental Health: a necessary debate**. 2019. 57 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso nível *lato sensu* Direitos Humanos na América Latina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

ABSTRACT

This Course Completion Work aims to analyze the current mental health policy and its possible articulation in the guarantee of human rights in the current conjuncture of Brazilian society. For this, a survey of information was carried out through bibliographical research in laws, national and international decrees and authors who discuss the subject in order to achieve the specific objectives of the work, namely: reflection on human rights in health policy mental, the apprehension of the construction of the mental health policy in Brazil with regard to the advancement of human rights and the analysis of the types of involuntary hospitalizations towards such rights. As a result of the research, it was identified the advances, in the last thirty years, in the Brazilian legislation in which it affects the subject, and that, as the legislations were evolving, consequently they grew the services of care to the person with mental disorder and chemical dependence in the form of extra-hospital network in the country. On the other hand, it was concluded that the implementation of compulsory hospitalization, still adopted as a practice in the health area, violates the human rights of the person with mental disorder and chemical dependence, but also that mental health policy is currently undergoing setbacks due to economic and political scenario of Brazil, further weakening the possibility of guaranteeing the human rights of people with mental disorders and chemical dependence.

Key words: Mental Health. Compulsory Hospitalization. Human Rights.

ZANELLA, Fernanda Meneghim. **Derechos Humanos y Salud Mental: un debate necesario**. 2019. 57 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso nível *lato sensu* Direitos Humanos na América Latina – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

RESUMEN

Este trabajo de Conclusión de Curso tiene como objetivo analizar la actual política de salud mental y su posible articulación en la garantía de los derechos humanos en la actual coyuntura de la sociedad brasileña. Para ello, se realizó el levantamiento de informaciones por medio de investigación bibliográfica en leyes, decretos nacionales e internacionales y autores que discuten el tema, a fin de alcanzar los objetivos específicos del trabajo, a saber: la reflexión sobre los derechos humanos en la política de salud, la aprehensión de la construcción de la política de salud mental en Brasil en lo que se refiere al avance de los derechos humanos y el análisis de los tipos de internaciones involuntarias frente a tales derechos. Como resultado de la investigación, se identificaron los avances, en los últimos treinta años, en la legislación brasileña en lo que afecta al tema, y que, a medida que las legislaciones fueron evolucionando, en consecuencia crecieron los servicios de atención a la persona con trastorno mental y dependencia química en la forma de red extrahospitalaria en el país. Por otro lado, se concluyó que la realización de la internación obligatoria, aún adoptada como una práctica en el área de la salud, viola los derechos humanos de la persona con trastorno mental y dependencia química, así como que la política de salud mental sufre actualmente retrocesos debido al riesgo, escenario económico y político de Brasil, debilitando aún más la posibilidad de garantizar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y dependencia química.

Palabras clave: Salud mental. Internación Compulsiva. Derechos Humanos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNE	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UA	Unidade de Atendimento
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 A HISTÓRIA DA LOUCURA	12
2.1 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	17
2.1.1 Rede de Atenção Psicossocial: a Atual Política de Saúde Mental no Brasil.....	25
3. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS: BREVES REFLEXÕES.....	37
3.1 A ATUAL CONJUNTURA POLÍTICA E ECONÔMICA BRASILEIRA E SEUS REFLEXOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	41
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas no Brasil vêm sofrendo diversos enfrentamentos em decorrência da atual conjuntura política e econômica no país, inclusive a política de saúde mental. Os representantes governamentais são reflexo de grande parte da população brasileira, há um consenso que tratar as pessoas com transtornos mentais junto à sociedade na rede de atendimento de saúde mental não é eficaz, reforçando, assim, a ideia de práticas de isolamento daqueles que se encontram em sofrimento mental, o considerando “anormal” o que, por consequência, acarreta no aumento de financiamento de hospitais com leitos psiquiátricos e na maior duração de internamento, como também as comunidades terapêuticas, que tratam pessoas com algum tipo de dependência química por longos períodos de acolhimento institucional, reduzindo, em contrapartida, o financiamento das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS).

Tal iniciativa demonstra prioridade em conduzir pessoas com transtorno mental e dependência química de volta a modelos de institucionalização, não priorizando o fortalecimento e convívio familiar e societário para aquele que precisa de tratamento e da vivência como um cidadão de direitos, indo inclusive sobre a perspectiva dos direitos humanos.

Debater sobre os direitos humanos é extremamente importante para o reconhecimento de todos os sujeitos como parte desses direitos e contribui para a compreensão de que também permeiam o cotidiano de todos, independentemente de sua raça, orientação sexual ou religião, e de que todas as políticas públicas estão incluídas nisso, pois sua finalidade é garantir os direitos de todos, inclusive amparadas por legislações internacionais e nacionais.

No intuito de levar mais conhecimento sobre direitos humanos a um maior grupo de pessoas no meio acadêmico, a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), em parceria com a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), lançou, em 2017, a primeira edição da especialização de Direitos Humanos na América Latina. O novo curso despertou, então, o interesse desta autora, com formação em Serviço Social, posto que a defesa intransigente dos direitos humanos é um dos princípios fundamentais no exercício da profissão.

Com o decorrer do curso e as diversas discussões sobre temas como criança e adolescentes, proteção da pessoa idosa e com deficiência, o direito à

saúde e alimentação adequada, educação, direito à moradia, à cidade, a questão da migração, entre outros, possibilitou à autora conhecer os tratados nacionais e internacionais referentes à ampliação e defesa dos direitos humanos e fez com que evidenciasse que cada um deles perpassa por políticas públicas, uma vez que estas são um grande instrumento que possibilita a garantia de direitos para todos, principalmente das populações mais vulneráveis que já têm boa parte de seus direitos humanos violados.

Diante disso, em discussão na disciplina de direito à saúde e à alimentação adequada, surgiu o questionamento sobre o que saúde em um contexto mais amplo que a simples ausência de doença física. Após considerar que ter saúde é envolver bem-estar social, mental e físico, e diante dessa abrangência, o questionamento partiu para como pensar no bem-estar social e mental de alguém com direitos humanos violados – não apenas um deles, mas muitos outros –, como ausência de acesso à educação, à alimentação e à moradia, por exemplo.

É preciso, pois, pensar em direitos humanos também através das políticas públicas. A autora, no exercício profissional como assistente social dentro de um hospital psiquiátrico por três anos, no período de 2011 a 2014, identificou a forma como era visto aquele espaço – hospital psiquiátrico – o de exclusão da pessoa doente e o quanto tantos outros direitos humanos eram violados antes, durante e após o internamento da pessoa com doença mental ou dependência química.

Diante disso, a autora trouxe para este trabalho de conclusão de curso na especialização de Direitos Humanos na América Latina a reflexão acerca da política de saúde mental no Brasil e os direitos humanos. Assim, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar a atual política de saúde mental e sua possível articulação na garantia dos direitos humanos na atual conjuntura da sociedade brasileira e como objetivos específicos a reflexão sobre os direitos humanos na política de saúde mental, a apreensão da construção da política de saúde mental no Brasil no que tange ao avanço dos direitos humanos e a análise dos tipos de internações involuntárias frente a tais direitos.

Para construir a análise deste trabalho, utilizamos a pesquisa bibliográfica, desenvolvida mediante material já elaborado como livros e artigos científicos, segundo Gil (1999).

Para alcançar os objetivos estabelecidos, este trabalho foi construído através da pesquisa qualitativa, utilizando-se do método dialético, pois este, de

acordo com Gil (1999, p. 32), “fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc.”

O presente trabalho está estruturado em dois capítulos: o primeiro aborda a fundamentação histórica da loucura e as formas como eram tratados os doentes mentais e ainda a construção da política de saúde mental brasileira com a influência do movimento da Reforma Psiquiátrica. O segundo capítulo apresenta o estudo sobre as leis e a política pública de saúde mental no Brasil, sua rede de atenção à saúde mental, formas de atendimento e tratamento das pessoas com transtornos mentais e dependência química e os direitos humanos e o reflexo da atual conjuntura brasileira na política de saúde mental.

2 A HISTÓRIA DA LOUCURA

Conhecer a história da loucura ao longo dos séculos é imprescindível para compreendermos melhor as determinantes sociais e políticas no que se refere ao conjunto de indivíduos denominados de “loucos”. Foucault (1972), em sua obra intitulada *A história da loucura*, expõe que a estigmatização do louco prevaleceu e permaneceu com o passar do tempo e levou a uma exclusão social desses indivíduos, fazendo-os viver à margem da sociedade considerada “normal”.

Ao final da Idade Média, por volta do século XV, o problema da lepra, que assombrou a população por muitos séculos, desapareceu e, com isso, um vazio se formou no espaço de confinamento nos hospitais, uma vez que todos os leprosos permaneciam trancafiados para que não pudessem ser vistos em sociedade, pois não eram considerados “normais”.

Ainda que com o advento do controle da lepra não fosse mais necessário o confinamento dos indivíduos leprosos, isso não fez desaparecerem as noções culturais que padronizavam os pensamentos da época, os valores e as imagens atribuídas aos leprosos e o significado da exclusão desse sujeito do seu grupo social como uma forma higienista da sociedade em se “livrar” daquele que não é considerado “normal”. Desta forma, foram necessários mais de dois séculos para a superação da estigmatização e da exclusão dos indivíduos que não se encaixavam nos padrões da normalidade, conforme aponta Foucault (1972).

Ainda segundo Foucault (1972), durante a Idade Média, os doentes mentais eram vistos como errados, como aqueles que não estavam em sua razão plena e, desta forma, não eram considerados “normais” e muito menos dignos de convívio social. Porém, com o advento da Idade Moderna (1453-1789), observou-se o surgimento de um novo ideal que consistia na exaltação da racionalidade e da ciência, e é a partir deste ideal de racionalidade que o “louco” passa a ser um sinal de contradição na sociedade, não sendo mais apenas considerado como um erro, mas, também, como uma ameaça à razão e à organização e à harmonia social.

É possível observar que no final da Idade Média, quando os leprosários passam a não receber mais pacientes, já que a doença havia sido contida, surgiria um novo problema – a loucura – e uma nova forma encher os internatos novamente de “doentes”. A respeito deste assunto, Foucault (1972) demonstra um fato curioso:

[...] é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVIII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. Esse fenômeno é a Loucura (FOUCAULT, 1972, p. 12).

O que a ciência e a razão não poderiam dominar, era mais fácil excluir e segregar. Uma prática comum nos países europeus era expulsar os “loucos” de seu território. Na época da Renascença (1300 -1600), por exemplo, os barcos faziam parte do cotidiano dos “loucos”, conhecidos como Naus, e transportavam aqueles que eram expulsos das cidades para territórios distantes. Foucault (1972) vê nessa circulação dos “loucos” mais do que uma simples utilidade social, visando à segurança dos cidadãos e evitando que os mesmos ficassem vagando dentro da cidade e perturbando a ordem vigente.

As pessoas com doenças venéreas também eram internadas nos antigos leprosários e aos poucos todos os doentes compartilhavam de um “espaço moral de exclusão”, época em que “predominava uma indiferenciação entre loucura e razão” (FREITAS, 2004, p. 77). Em um dado momento, teria havido uma ruptura entre a razão e a loucura, pela qual a razão, cerca de cento e cinquenta anos antes do surgimento da psiquiatria, “se separa da loucura, esvazia a verdade da loucura para afirmar a si própria soberanamente” (FREITAS, 2004, p. 78).

Essa separação dará origem à “estrutura de exclusão” mencionada por Foucault (1972), e teriam sido dois os seus estopins: a fundação do Hospital Geral de Paris por decreto, em 1656, inaugurando a “grande internação dos pobres”, e a libertação dos acorrentados de Bicêtre, em 1794.

É, então, a partir da metade do século XVII que a ligação entre a loucura e o internamento ocorrerá, e para Foucault (1972) esse fato tem importância por duas razões: primeiro, por ser a estrutura mais visível da experiência clássica da loucura e, em segundo, porque será exatamente ele, o internamento, que provocará o escândalo quando essa experiência desaparecer.

Na organização das casas de internamento, o vazio deixado pelos leprosos, depois da Idade Média, foi ocupado pelos “internos”, chamados a partir daí de “loucos”. Esse aprisionamento é complexo e possui significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais.

Essa segregação da loucura relaciona-se com a miséria e os deveres da

assistência, uma nova forma de reagir diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, aos interesses econômicos de produzir riquezas sob medidas rigorosas e autoritárias da coação contra aqueles que não se encaixam nos padrões societários da época. Os Estados substituem a função da Igreja nas tarefas de assistência, e a miséria se tornará um obstáculo contra o Estado, passando de uma experiência religiosa que a santifica para a condenação da moral.

Há apenas enfoque e preocupação com o trabalho, com o modo de produção vigente, por isso há a condenação da ociosidade, daquele que está desprovido de trabalho. Dessa maneira, o desempregado, em situação de miséria, não será mais simplesmente excluído, mas detido, já que entre ele e a sociedade estabelece-se um sistema de obrigações enquanto ele tem de ser alimentado, e ao mesmo tempo ele também deve aceitar, inclusive, a coação física e moral do internamento, sem titubear.

Na Europa, o internamento é uma das respostas dadas pelo Estado, por volta do século XVII, diante da crise econômica vivida, para resolver o problema do desemprego crescente nas cidades. Se nos tempos de crise o internamento servia para reabsorver os ociosos e proteger a sociedade contra as revoltas, como uma forma de controle, fora dos períodos de crise ele servia para fornecer mão-de-obra barata para exploração. Essa noção de internamento está relacionada diretamente a uma dada concepção de trabalho, que é visto sempre como solução geral para todas as formas de miséria, o que os unia era a condenação ética e moral da ociosidade. A internação é, portanto, uma criação institucional própria do século XVII e assume um sentido inteiramente diferente da prisão na Idade Média.

Segundo Millani e Valente (2008), até o período da Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e em uma iminência social garantida pela comunidade de trabalho. Essa comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como em um outro mundo, todas as formas da inutilidade social. Os internos eram obrigados a trabalhar em troca de baixa remuneração, o que contribuía com a sociedade para o impedimento da ociosidade e da mendicância. As casas de internamento, por muito tempo, foram utilizadas como “depósito” de

peças consideradas inúteis e vagabundas, excluídas pela sociedade. . As casas de internamento, por muito tempo, foram utilizadas como “depósito” de pessoas consideradas inúteis e vagabundas, excluídas pela sociedade. “Não se esperou o século XVII para fechar os loucos, mas foi nessa época que se começou a interná-los, misturando-se a toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum parentesco” (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 4).

E a partir do desenvolvimento dos internamentos, ao longo do século XVIII, a relação médico e paciente passará a apresentar-se como o elemento constituinte do mundo da loucura, quando a medicina se torna uma técnica privilegiada e que, enfim, estabelecerá ligação com a doença mental. Com a emergência dessas novas práticas médicas dentro dos internamentos, há uma distinção entre doenças físicas e doenças psicológicas para serem tratadas.

Ocorre toda uma reabilitação moral dos pobres em um contexto no qual a indigência torna-se o elemento indispensável ao Estado. Assim, há uma reintegração econômica e moral destes indivíduos, uma vez que na economia mercantilista o pobre e desempregado não possuía lugar, pois não era nem produtor e nem consumidor. O seu único destino era o exílio da sociedade através do internamento.

Segundo traz Millani e Valente (2008), a loucura constitui-se em um modo de exclusão, e, devido às mudanças ocorridas em decorrência do crescimento das cidades, com o poder das relações políticas e com o desenvolvimento da industrialização, acirrou-se ainda mais o processo de exclusão do louco na sociedade.

Com o nascimento e fortalecimento da indústria, o pobre desocupado volta a fazer parte da nação, pois se torna mão de obra barata. A partir desse momento, o internamento passa a ser criticado por produzir um grave problema econômico: ao invés de acabar com a miséria, coloca a população pobre fora do circuito de produção, mantendo-a por meio da caridade. A pobreza deve ser, então, libertada do internamento e colocada à disposição da sociedade e não mais discriminada. Com isso, fica evidente a contradição entre quem realmente é “louco” e necessita de atendimento e tratamento médico e aqueles que eram apenas condenados moralmente por não estarem incluídos no sistema social vigente.

Segundo Bader (2001), a exclusão social é um processo sócio-histórico, que se configura pela repercussão em todas as esferas da vida social, mas sobressai como necessidade do “eu”, como sentimentos, significados e ações

subjetivas. Destaca, ainda, que existem diferentes dimensões da exclusão, como a dimensão objetiva da desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e a dimensão subjetiva do sofrimento.

Bader (2001) afirma que o processo de naturalização da exclusão social, representada pela aceitação do próprio excluído e da sociedade, gera uma atmosfera social de conformismo, compreendendo a condição de exclusão como fatalidade. E, assim, muitas vezes, foram vistos os “loucos”, depositados e esquecidos em hospícios ao longo dos anos, o estigma de “louco” que, mesmo convivendo em sociedade, não escapará da exclusão social.

Podemos analisar que a hospitalização em asilos ou hospícios contribuiu para a exclusão social. É importante ressaltar que isso ocorreu diante da necessidade de produção, exigida pelo sistema capitalista, que enfatiza tanto a produtividade da indústria como da vida humana – tudo e todos são parte da produtividade, e aqueles que não produzem ou não têm capacidade de produzir algo para o sistema capitalista devem ser excluídos de alguma forma.

O saber psiquiátrico isolou o doente mental da família e da sociedade, exigindo que o “louco” estivesse em instituições especializadas, com o argumento de que o isolamento era necessário para sua própria proteção e a da sociedade. Críticas e questionamentos quanto à eficácia do asilo ocorreram principalmente depois da Segunda Guerra Mundial. Como afirma Desviat (1999), em tempos de crescimento econômico, de reconstrução social, de grande desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade às diferenças e minorias, as comunidades, profissional e cultural, por vias diferentes, chegaram à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido.

Assim, com essa concepção de ver o hospital psiquiátrico e o internamento do tido como “louco”, inicia-se o movimento de desospitalização, e surge então, a proposta da Reforma Psiquiátrica, iniciada nos anos de 1970 na Europa e nos Estados Unidos, que se converteu, segundo Desviat (1999), em um amplo movimento social em defesa dos direitos humanos dos “loucos” e dos excluídos da razão.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, intensificado na Europa e nos Estados Unidos, foi ganhando espaço também em países como o Brasil, onde teve uma história própria, inscrito em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência e exclusão asilar.

2.1 A CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL: O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A exclusão social do indivíduo considerado e nomeado como “louco” perpassa os anos até os dias atuais, considerando-o como “anormal” e justificando, assim, uma forma de excluí-lo socialmente. Como praticado ao longo dos séculos, o tratamento para pessoas com transtornos mentais se fazia prioritariamente através dos sintomas, apenas à base de medicamentos e pela manutenção da permanência em instituição psiquiátrica, retirando-as do convívio familiar, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais, ou seja, de maneira geral, excluindo-as da vida em sociedade.

Para uma melhor compreensão do processo da Reforma Psiquiátrica na sociedade brasileira, faz-se necessário pontuarmos, brevemente, algumas questões históricas envolvendo esse período, como também contextualizá-lo.

Segundo Amarante (1994), a loucura somente passa a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado com a chegada da Família Real no Brasil a partir de 1808.

Em 1852 devido à pressão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, o Hospício Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro na época da República, o Código Penal de 1890 pouco se alterou em relação ao Código Penal imperial. Em 1903, a partir do Decreto nº 123, de dezembro de 1903 (SOUZA; CARDOSO, 2006, p. 34).

A partir desse momento, segundo Souza e Cardoso (2006), com as modificações na legislação à época, passou-se a proibir a manutenção dos alienados em cadeias públicas ou entre criminosos comuns, sendo o primeiro manicômio judiciário instalado nesse mesmo período. Enquanto vários países debatiam e encontravam propostas para enfrentar o evidente fracasso do modelo manicomial, o Brasil, no início da década de 1960, implantava a prática de internação psiquiátrica como lugar exclusivo privilegiado da atenção em saúde mental.

Ao final dos anos de 1970, chegava-se, por um lado, à crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, e, por outro, à eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, compostos por pacientes e seus familiares, profissionais da área da saúde, universidades, todos em busca da mudança das práticas asilares e excludentes praticadas até então,

influenciados, também, pela prática de outros países.

O debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil teve grande influência no início dos anos de 1980, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) após uma greve de médicos residentes e denúncias no Rio de Janeiro contra as más condições de trabalho, bem como péssimas estruturas dos hospitais psiquiátricos. A grande repercussão desse movimento também é considerada propulsora do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2003).

O II Congresso Nacional do MTSM na cidade de Bauru, São Paulo, em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Na oportunidade, foi lançado um documento que ficou conhecido como A Carta de Bauru, símbolo do marco inicial do movimento da reforma psiquiátrica no país. Neste mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro.

Dias (1997) destaca que em meados dos anos de 1980, com o movimento da reforma sanitária, iniciou-se uma mudança nas práticas de internação no país, que também se fundia com ideias do movimento da Reforma Psiquiátrica, orientada pelos programas da Organização Mundial da Saúde (OMS), com a necessidade de reversão da tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica. Desta forma, o Ministério da Saúde continuou procurando medidas que revertessem a situação de falta de estrutura e internações desnecessárias, diversificando os procedimentos remunerados pelo Sistema de Saúde, adotando padrões mínimos para o funcionamento de seus serviços e procurando adotar práticas de assistência extra-hospitalar.

Tornou-se possível, portanto, a criação de uma rede de atenção de saúde mental, que descaracterizou a internação como único meio existente e para onde era destinado o maior volume de verbas públicas, aliviando, em parte, o grande número de internações, conforme Dias (1997).

O movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu para questionar a instituição de asilamento e a prática médica, além de ter o objetivo de humanizar a assistência aos “loucos”, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação.

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e

municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005, p. 6).

O movimento de Reforma Psiquiátrica é entendido como processo social complexo, que envolveu a mudança na assistência ao doente mental de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem no período em que vários outros movimentos sociais também buscam por seus direitos. Entre o final dos anos de 1980 e meados de 1990, temos como marco legal na perspectiva de garantia de direitos a Constituição Federal de 1988, que trata da garantia de direitos civis e sociais englobando os direitos humanos.

[...] na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária de forma extra-hospitalar (BRASIL, 2005, p. 8).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS, na Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, ocorrida em Caracas, na Venezuela, em 14 de novembro de 1990, divulgaram um documento intitulado: A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental, documento esse que ficou conhecido como a Declaração de Caracas. Os eixos ali discutidos e apresentados tiveram grande influência na construção de leis em atenção à saúde mental nos países da América Latina.

Em relação à implementação de políticas de Saúde Mental no Brasil, conforme Bezerra Junior (1992), em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3657/89, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços alternativos de atendimento, regulamentada a internação psiquiátrica compulsória, projeto esse encaminhado ao Senado Federal no ano de 1991.

Referindo-se ao Projeto de Lei, Bezerra Junior (1992) relata que o

documento não instituiu um modelo terapêutico para as pessoas com transtorno mental, não desfez as internações e não propôs a ressocialização compulsória dos milhares de brasileiros há anos internados em hospitais psiquiátricos, apenas freou o processo de reprodução da situação que os pacientes vivenciavam nas instituições. Em nada assegurava a qualidade da assistência aos que estavam em tratamento, mas, em contrapartida, aumentou as possibilidades de melhorias e alternativas para as pessoas com transtornos mentais.

O referido projeto trouxe questões como a garantia dos direitos daqueles que foram transformados em população asilar nos hospitais psiquiátricos, às vezes pelo simples fato de mantê-los isolados para não perturbarem a família e a comunidade no geral, e a necessidade de profissionais para um atendimento digno para os que estão em tratamento, oferecendo, pela primeira vez no Brasil, um instrumento legal de defesa dos direitos civis dos pacientes.

Ainda segundo Bezerra Junior (1992), a Reforma trouxe grande impacto aos profissionais de saúde mental e aos familiares de pacientes institucionalizados, seja pelo retorno aos vínculos familiares ou pela rede de atendimento e políticas voltadas às áreas de saúde mental.

De acordo com Amarante (1995), o movimento em prol da humanização da assistência à pessoa com transtorno mental alcançou um aumento gradativo com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, ocorrida em Bauru. Segundo Albuquerque (2017), o encontro reuniu trabalhadores e médicos dos hospitais psiquiátricos, com a assinatura de um manifesto assinado por trezentos e cinquenta profissionais da área de saúde, a conhecida como Carta de Bauru, cujas principais reivindicações eram mudar a política manicomial e garantir direitos básicos aos pacientes, também contribuindo com o movimento da luta antimanicomial no país.

A participação da comunidade na elaboração e implementação de políticas de saúde mental começou a chamar atenção e alcançou o reconhecimento pelo Estado, para além do incentivo em investimentos na área de atenção e atendimento extra-hospitalar.

Segundo Amarante (1994), ainda como movimento em prol da Reforma Psiquiátrica no Brasil, houve a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, em Brasília, com a participação de diversos segmentos da sociedade. O evento foi significativo e decisivo na nova trajetória da assistência psiquiátrica no Brasil, tendo

como cenário a rede de atenção em Saúde Mental, a transformação e o cumprimento de leis e o direito à atenção e à cidadania. Com forte participação do MTSM, sob o lema “por uma sociedade sem manicômios”, tinha como a desospitalização dos doentes mentais, com "a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais" (AMARANTE, 1994, p. 73).

Segundo Heidrich (2007), as maiores contribuições após a realização da II Conferência Nacional foram no quesito técnico-assistencial, pois, conforme relatório do evento, reforçou-se a necessidade de uma rede de atenção em saúde mental para substituir o modelo hospitalocêntrico, uma vez que na rede poderia se resgatar a história, a socialização e a cidadania das pessoas com transtornos mentais, além de conceitos de territorialização para trabalhar a rede de atenção à saúde mental. Por fim, durante a Conferência, foi escolhida a data 18 de maio para representar o dia nacional da luta antimanicomial.

O Projeto de Lei nº 3657/89, após quase onze anos de tramitação, resultou na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, prevendo a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental no país, com a orientação de novas perspectivas para o tratamento das pessoas com transtornos mentais, priorizando o trabalho e o atendimento em rede e não mais internamentos de longa permanência, além da ressocialização e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Como uma das principais mudanças no atendimento a pessoa com transtorno mental, a Lei nº 10.216 traz direitos, deveres ao Estado e orientações. Em relação aos direitos, o artigo 2º enfatiza que

São direitos da pessoa com 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;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde

mental (BRASIL, 2001, p.1).

O atendimento a pessoa com transtorno mental passa a ser visto de forma mais humana, pensando na socialização entre família e comunidade, ao contrário da forma como se conduzia há anos e longos internamentos, isolados em hospitais psiquiátricos. A lei prevê a responsabilização do Estado pela assistência às pessoas com transtornos mentais e prevê a criação de políticas públicas para tal, preconizando o envolvimento da sociedade em geral, como previsto no art. 3º:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001, p.1).

A partir da promulgação da Lei nº 10.216//01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o Brasil adequa sua legislação conforme as diretrizes da OMS e condizente com o que foi preconizado pela Declaração de Caracas, com a pessoa com transtorno mental sendo atendida e assistida por uma rede extra-hospitalar, buscando-se superar décadas de reclusão e isolamentos.

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação e permanência nos hospitais psiquiátricos ganha impulso a partir do ano 2000, com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais (BRASIL, 2005).

Segundo Moura (2011), a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, do Ministério da Saúde, institui os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), definidos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuam suporte social e laços familiares, e que viabilizem sua inserção social.

A promulgação da Lei nº 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da referida Lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que a política de saúde mental no Brasil alinha-se com as diretrizes da Reforma

Psiquiátrica e passa a se consolidar, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

O Relatório Final da III Conferência é conexo em torno das propostas da Reforma Psiquiátrica, sendo no documento pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Desta forma, o evento consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no país (BRASIL, 2005).

A Portaria/GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos e define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Estabeleceu ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria, iniciando uma forma de acompanhar e avaliar os hospitais psiquiátricos que continuavam com seus leitos pelo SUS e se estavam em conformidade com as novas diretrizes vigentes.

A Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSAD E CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional das cidades.

A Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde, como uma forma de fomentar a cidadania e a ressocialização daqueles que passaram muitos anos isolados em internamentos longos em hospitais psiquiátricos.

Em 20 de janeiro de 2004, a Portaria nº 52 instituiu o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (PRH), o qual propôs que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo a garantir uma transição segura, em que a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário, na rede extra-hospitalar. Assim, somente três anos depois de promulgada a Lei nº 10.216/01 foi publicada a referida portaria, a fim de garantir que fosse criada e ampliada a rede de atenção extra-hospitalar para todas as pessoas com transtornos mentais que precisassem de continuidade de tratamento não somente ocorrer o fechamento de leitos psiquiátricos essas pessoas ficassem sem alternativas de assistência quanto à saúde mental.

Com o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), o PNH, a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os CAPS e as Residências Terapêuticas, ocorreu a redução de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

Segundo BRASIL (2005), em 2004 foi realizado, em São Paulo, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. Em fevereiro de 2005, a Portaria nº 245 destinou incentivo financeiro para implantação de novos CAPS, e a Portaria nº 246 destinou incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos, colaborando com a expansão da rede de atenção à saúde mental extra-hospitalar em nível nacional.

A Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, ficando também a cargo dos serviços de atenção à saúde mental a responsabilidade por se tratar de prevenção e cuidado da saúde mental.

Segundo Alves (2018), a Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial teve sua etapa nacional realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho e 1º de julho de 2010, sendo o tema da IV Conferência – “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” – permitiu a convocação não somente de setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental, a exemplo das pessoas atendidas pelos

serviços de saúde mental e profissionais. A convocação da intersectorialidade, dos entes envolvidos na política de saúde mental, atendeu às exigências das necessidades de mudança do modelo de atenção e busca por melhorias.

Com investimentos sucessivos, desde o marco legal instituído pela Lei nº 10.216/01, aumentar a rede de atendimento extra-hospitalar é uma tendência crescente, a fim de que a pessoa com transtorno mental possa conviver em sociedade e com sua família, não permanecendo longos anos trancados em instituições para tratamento ou até mesmo em casa sem atendimento algum, contribuindo para que haja um tratamento digno a estas pessoas.

Entre os desafios da Reforma Psiquiátrica, há o consenso sobre a necessidade de a sociedade conviver de forma mais harmônica com as diferenças, não somente no que se refere às pessoas com transtorno mental, mas as diferenças pertinentes a cada sujeito. Há muito que se avançar no que se diz respeito às pessoas com transtornos mentais e dependência química: locais e serviços de acompanhamento adequados que preservem os direitos humanos, acessibilidade ao convívio e participação comunitária, superando décadas de reclusão dos ditos “anormais”.

2.1.1 Rede de Atenção Psicossocial: a Atual Política de Saúde Mental no Brasil

A Reforma Psiquiátrica, também conhecida como Luta Antimanicomial, abordada no capítulo anterior, tem suas nomenclaturas atribuídas a uma grande mobilização social que já dura mais de duas décadas e vem propondo a reformulação das políticas públicas de saúde mental, de modo a superar o modelo asilar que há muitos anos fora praticado no Brasil e no mundo, fundamentado sobre a discriminação e a segregação de pessoas, com a intenção de substituí-lo por um conjunto de serviços abertos e comunitários que garantam à pessoa com transtorno mental o cuidado necessário para viver com segurança em liberdade, no convívio familiar e social tanto quanto possível, assim como qualquer outro cidadão.

O marco legal visto como uma conquista para as pessoas com transtornos mentais foi a aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, que deu respaldo jurídico e legitimidade ao movimento de Reforma Psiquiátrica. A Lei dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área para todos que dele necessitam.

Conforme Moura (2011), a rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do SUS, rede organizada de ações e serviços públicos de saúde instituída no Brasil pelas Leis Federais nº 8080/1990 e nº 8142/1990. Leis, Portarias e Resoluções do Ministério da Saúde priorizam o atendimento à pessoa com transtorno mental no sistema comunitário, indo de encontro com o que é reivindicado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica dentro da política de saúde mental.

Diante disso, o Estado passa a ter a responsabilidade de pensar e criar e rever políticas públicas para assistir às necessidades de atendimento das pessoas com transtorno mental de forma extra-hospitalares. São, portanto, instalados os primeiros centros de atenção psicossocial no país para responder à nova demanda de atendimento das pessoas com transtorno mental oriundas de longos internamentos nos hospitais psiquiátricos que aos poucos foram reduzindo seus leitos.

Conforme Moura (2011), o primeiro CAPS no Brasil foi inaugurado em março de 1986, em São Paulo. O Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva, com mais de trinta anos de funcionamento, serviu de referência para as instalações de mais CAPS por todo o país.

Os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados oficialmente a partir da Portaria nº 224/1992, que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em acordo com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do SUS. Essa Portaria define os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental e atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar (MOURA, 2011).

A pessoas dependentes químicas e as pessoas com transtornos mentais têm seu tratamento e acompanhamento priorizados pela RAPS, principalmente nos CAPS ou UA, pois a dependência química é definida pela 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças da OMS como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido

de determinada substância.

Em 2003, o Ministério da Saúde publicou “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, assumindo o compromisso de prevenir, tratar e reabilitar esses usuários através dessa política. Para isso, desenvolveu algumas práticas a serem contempladas, entre elas:

[...] proporcionar tratamento na atenção primária, garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades/famílias/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos (BRASIL, 2003, p. 11).

Para que o tratamento da saúde das pessoas com dependência de álcool e outras drogas seja atendido de forma integral, devem ser vistas para além do aspecto econômico e social para a recuperação do usuário.

Neste mesmo movimento, o Ministério da Saúde, com a implementação da política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, buscou implantar novos programas, como a criação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD). Criaram-se também redes de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios de Reforma Psiquiátrica para dar suporte aos dependentes.

A Portaria nº 336/MS, publicada em 19 de fevereiro de 2002, um ano após a implementação da Lei Federal nº 10.216/2001, que atualizou a Portaria nº 224/92, regulamenta o funcionamento dos CAPS. Uma vez necessário projetar serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios comunitários e de livre acesso para as pessoas com transtornos mentais – sejam crianças, adolescentes ou adultos –, um dos mais populares modelos de assistência para esse público foram os CAPS, que propõem serviços de atenção psicossocial através do SUS em um local destinado a dar atenção, oferecer tratamento, acompanhamento e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos.

Nessa perspectiva, projetar o espaço CAPS requer considerar, em particular:

A afirmação da perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas”; A disponibilidade e o

desenvolvimento de acolhimento, cuidado, apoio e suporte; A configuração de um serviço substitutivo, territorial, aberto e comunitário espaços que expressem o “cuidar em liberdade” e a afirmação do lugar social das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e da garantia de seus direitos; A atenção contínua 24 horas compreendida na perspectiva de hospitalidade; A permeabilidade entre “espaço do serviço” e os territórios no sentido de produzir serviços de referência nos territórios (BRASIL, 2013, p.17).

O espaço do CAPS deve ser pensado de forma a acolher as pessoas com transtorno mental, para que continuem seu tratamento e tenham acompanhamento de forma livre, estimulando o convívio comunitário.

Em 1989, três anos depois na região onde foi instalado o primeiro CAPS no país, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, São Paulo, deu início a um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local onde havia denúncias de maus-tratos e mortes de pacientes. Essa ação teve repercussão nacional e colaborou com a visibilidade de atenção ao tipo de tratamento que era oferecido no hospital psiquiátrico, agitando, em nível nacional, a necessidade de construção de uma rede de cuidados para essas pessoas que fosse substitutiva ao hospital psiquiátrico. Assim, neste período, foram implantados em Santos NAPS com atendimento 24 horas e criadas cooperativas e residências para os egressos do hospital e associações (BRASIL, 2005).

Os NAPS possuem o mesmo objetivo de atendimento de um CAPS, com nomenclatura diferente, tendo requisitos de equipe técnica como prevê o manual que orienta a estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento. Publicado em 2013, o manual traz orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de Unidades de Atendimento (UA).

Os CAPS estão organizados conforme modalidades para melhor atendimento de sua população usuária. Conforme especificações e tipificações previstas no manual, CAPS I:

Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes (BRASIL, 2013, p. 13).

Equipe mínima necessária para compor o CAPS I: um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior, que podem ser: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional; e quatro profissionais de nível médio. Apesar de o manual trazer a informação de que o atendimento é para todas as faixas etárias, pode se afirmar que o público de crianças e adolescentes é atendido pelo CAPSi, quando houver nas cidades com maior número de habitantes.

Há também o CAPSII – previsto para municípios com população acima de cem mil habitantes –, que deve contar com equipe mínima de um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio para o atendimento administrativo. Cabe aqui ressaltar que se enquadram os auxiliares e técnicos em enfermagem no nível médio dos profissionais que compõem uma equipe de CAPS, seja de que porte for.

CAPS II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida (BRASIL, 2013, p. 13).

Para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes, há previsão do CAPSIII, que atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. O CAPSIII

Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive para atendimentos do CAPS AD. Equipe mínima: 02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível universitário, 08 profissionais de nível médio (BRASIL, 2013, p. 13).

O CAPSIII, por ter um serviço contínuo, o acolhimento noturno, com atendimento 24 horas por dia, necessita de equipe técnica composta por três técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, e um profissional de nível médio da área de apoio. Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por um profissional de

nível superior, três técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço, e um profissional de nível médio da área de apoio, conforme previsto no manual.

Temos ainda o CAPSAD, direcionado ao tratamento e acompanhamento de pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.

[...] proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. Equipe mínima: 1 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível universitário, 6 profissionais de nível médio (BRASIL, 2013, p. 14).

Como há também o CAPSADIII, que atende adultos, crianças e adolescentes, com funcionamento no período de 24 horas e que possui até doze leitos, quando pessoas em atendimento pelo CAPSAD necessitam fazer uso do CAPSADIII quando houver necessidade e disponibilidade na cidade. Este possui

Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes. Equipe mínima: 1 médico clínico; 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 5 profissionais de nível universitário, 4 técnicos de enfermagem; 4 profissionais de nível médio; 1 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa (BRASIL, 2013, p. 14).

Considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, quando há crianças ou adolescentes com necessidades de cuidados clínicos contínuos em instituições, inclusive nos CAPSIII e CAPSADIII, prioriza-se o menor tempo possível de permanência para que a criança ou adolescente possa dar continuidade de seu tratamento e acompanhamento de forma ambulatorial.

Há, ainda, o Centro de Atenção Psicossocial que atende somente crianças e adolescentes, chamado de CAPSi, o CAPS infantil ou infanto-juvenil:

Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com

população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2013, p. 15).

O manual, quando se refere a profissionais de nível superior para compor a equipe técnica, está referenciando psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo fonoaudiólogo, profissional de educação física, enfermeiro ou outro profissional de nível superior que contribua para o projeto terapêutico. Já os de nível médio são os auxiliares e técnicos de enfermagem, técnico administrativo, técnico artesão, entre outros, conforme necessidade do serviço.

Para o funcionamento do CAPSi, está previsto como equipe técnica mínima: um médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível médio (BRASIL, 2013).

Segundo BRASIL (2004), os municípios com menos de vinte mil habitantes não obrigatoriamente precisam ter CAPS, segundo a lógica de organização proposta pelo Ministério da Saúde, e podem começar a estruturar sua rede de cuidados a partir da Atenção Básica do próprio município.

Há como serviço extra-hospitalar na área da saúde mental as UA para adultos, destinada às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas maiores de dezoito anos. Com funcionamento 24 horas, conforme consta no manual (2013), são previstos pelo menos um profissional de nível superior (médico, psicólogo, assistente social, profissional de educação física, entre outros), por período de atendimento – manhã, tarde e noite –, além de dois profissionais de nível médio no local.

Já as Unidades de Acolhimento Infante-Juvenil, destinadas às crianças e aos adolescentes entre dez e dezoito anos incompletos, possuem a mesma necessidade mínima de equipe técnica que uma UA para adultos, porém com 12 horas diárias de funcionamento e com o requisito de “40 horas de profissionais de nível superior na área de educação, distribuídas de maneira a garantir a presença mínima de 1 profissional por período em todos os dias úteis da semana, das 7h às 19 horas” (BRASIL, 2013, p. 16).

Todos esses dispositivos foram criados para organizar a rede municipal de atenção a pessoas com transtornos mentais. Os CAPS em todas as suas modalidades, são serviços de saúde municipal, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário. Eles devem ser territorializados, devem estar circunscritos no

espaço de convívio social daqueles usuários que os frequentam.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos que mantinham longos internamentos e impossibilitavam que muitas pessoas não tivessem convívio social e familiar. O principal objetivo é oferecer atendimento à população, realizar 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.

As práticas realizadas nos CAPS têm como característica ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004). Com o objetivo de promover a ressocialização da pessoa com transtorno mental, proporciona de forma emancipatória o exercício da cidadania, ao invés da exclusão que vinha sendo praticada por muitos anos no país. Os CAPS possuem, por fim, um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados às pessoas com transtorno mentais, além de direcionar e de desenvolver projetos terapêuticos e comunitários para seus usuários.

O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial tem revelado outras realidades, conforme (BRASIL, 2004) as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes diante das demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção que o sujeito requer e necessita. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, ir para além do que se está previsto em legislação, visto como mínimo para estruturar um CAPS e modelo terapêutico de tratamento.

Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, sejam repensados os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. É preciso que todos os envolvidos participem desta construção o máximo possível, questionando e avaliando permanentemente os direcionamentos do serviço, tratamento e acompanhamento, para que possam estar próximos de

garantir os direitos humanos de cada usuário.

Temos ainda previsto em legislações como serviço na rede extra-hospitalar o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Segundo o Ministério da Saúde (2004), as residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para as pessoas que estiveram internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade e, principalmente, por não contar com suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia. O “número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um” (BRASIL, 2004, p. 6).

A reabilitação psicossocial deve buscar a inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da comunidade. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de reabilitação da pessoa com transtorno mental, serviço que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador que possui algum tipo de transtorno mental em sociedade mesmo que já não possua vínculos familiares.

Segundo informações da rede de serviços de saúde mental do Paraná, dados de fevereiro 2017, à época eram vinte unidades de residência terapêutica no Estado, sendo que, dessas, quatorze casas concentravam-se em Curitiba e cidades metropolitanas, três em Cascavel e mais três em Maringá, não podendo ser obtido o número de pessoas atendidas nas unidades em questão.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2019, o Paraná conta com 2.647 leitos psiquiátricos no Estado, sendo 2.108 através do SUS. No total, são 46 estabelecimentos de saúde que contam com a modalidade de leito psiquiátrico. Não é possível, entretanto, afirmar que esse número seja suficiente perante a demanda, uma vez que não há dados acerca da procura ou da fila de espera por essas vagas, visto que são regulados através da Central de Leitos, coordenada pelo Estado.

No Brasil, segundo dados da publicação do Ministério da Saúde nº 10, de 2015, há, no final de 2014, 289 SRT em todo o país, com 2013 usuários do serviço das residências terapêuticas. (ALVES, 2018). Por outro lado, segundo Alves (2018), a quantidade de CAPS subiu de 424 para 1.981 unidades no mesmo período de 2002 a 2012, e o percentual de gastos extra-hospitalares aumentou de 24,76% para 71,09%. Em 2012, houve ainda importante investimento financeiro nos CAPS, que

passou de 460 milhões no ano anterior para 776 milhões, representando um aumento de 68% nos investimentos para os CAPS.

Segundo Alves (2018), os dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas para a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos vem sendo criados outros em menor número em hospitais gerais, pois a intenção desde o movimento da Reforma Psiquiátrica no país é que toda pessoa que necessita de tratamento na saúde mental seja atendida em rede e não mais em longos períodos de internamento. O autor apresenta dados que, entre 2002 e 2012, houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos de 51.393 para 29.958 e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%.

Na área de assistência à saúde mental, regida pela portaria nº 44/2001 do Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, há também, a outra modalidade de assistência na área da saúde mental, principalmente para as pessoas com transtorno mental que estão em processo de reinserção social, o Hospital Dia, que prevê

assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas (BRASIL, 2001, p. 2).

O Hospital Dia também atende, quando necessário, pessoas com transtornos mentais e ou uso de álcool e outras drogas, contribuindo para o tratamento da pessoa com transtorno mental por ter equipes multidisciplinares, com profissionais de nível superior onde podem desenvolver as seguintes atividades:

individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades sonoterápicas, dentre outras); visitas domiciliares;- atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social (BRASIL, 2001, p. 3).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, dados de 2019, há 421 unidades de Hospitais Dia em todo território nacional, não sendo possível afirmar, pela ausência de informação, se esse número atende à demanda existente por essa modalidade de serviço, no Paraná segundo informações sobre a

rede de saúde mental no Estado, não há nenhum Hospital Dia.

Conforme BRASIL (2012), o direito à saúde mental é amparado por legislação, garantindo, ainda, acesso gratuito a vários serviços públicos de atenção e auxílio para as pessoas com transtornos mentais. Vale lembrar que depende, sobretudo, da existência de diversos fatores para uma vida digna, sendo necessário contar com a constante articulação de indivíduos, comunidades e da sociedade como um todo para a construção de uma realidade social mais justa para todos. Assim, aprimorar as políticas e serviços públicos que atendam às necessidades das pessoas com transtorno mental é essencial para que a dignidade humana e todos os seus direitos sejam garantidos.

Com a oferta de serviços públicos para o tratamento e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais, é importante frisarmos a importância do trabalho em rede na área da saúde pública, além da transversalidade com das demais políticas públicas na área social que perpassam cada uma dessas pessoas.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção em saúde mental pautado no acesso e na promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência social e respeito à dignidade humana, seguindo os preceitos estabelecidos pela Lei nº 10.216/2001.

A RAPS foi instituída no SUS em 2011, consolidada pela Portaria de Consolidação nº 03, Anexo V, e alterada, em 21 de dezembro de 2017, pela Portaria de Retificação GM/MS nº 3.588/2017. Sua organização tem a finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como o apoio às suas famílias. O modelo adotado propõe-se a tratar dos agravos mentais e a promover a cidadania dos usuários para uma vida proativa e participativa nas comunidades, ampliando e promovendo o acesso aos pontos de atenção (BRASIL, 2018).

A estruturação da RAPS envolve diferentes componentes e serviços que desempenham funções complementares no cuidado integral, em diferentes níveis de complexidade, com destaque para os serviços substitutivos ao modelo asilar e estratégias de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização. A partir da revisão normativa realizada em dezembro de 2017, novas funções e serviços foram incluídos na estrutura operacional da RAPS: “Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas; Unidade de

Referência Especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Especializado e Hospital dia” (BRASIL, 2018, p. 299).

Assim, atualmente, a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial conta com sete componentes em níveis diferentes. Na atenção Básica temos as Unidades Básicas de Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os Consultórios de Rua, facilitando o acesso a essa população pela proximidade, nos bairros por territórios, e indo até ela conforme organização desses serviços.

A Rede de Atenção Psicossocial Especializada conta, conforme o número de habitantes das cidades ou regionalização do atendimento, com CAPS, Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental/Unidades Ambulatoriais Especializadas, como também com os ambulatórios de saúde mental.

Já a RAPS de Atenção de Urgência e Emergência conta com SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e Portas Hospitalares, enquanto a de Atenção de Caráter Transitório dispõe de serviços de atenção em Regime Residencial.

Em caráter hospitalar, dispõem de Leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, Hospitais psiquiátricos especializados ainda remanescentes após a Reforma Psiquiátrica e Hospitais Dia. E, como estratégia de desinstitucionalização, há os SRT e a reabilitação psicossocial, podendo ser desenvolvida por diversos serviços da RAPS (BRASIL, 2018).

Para que um bom atendimento seja ofertado àqueles que necessitam da RAPS, todos esses serviços públicos precisam estar alinhados com o propósito de atender de forma extra-hospitalar, a fim de que o indivíduo continue seu tratamento quando necessário na perspectiva de preservar a convivência da pessoa com transtorno mental dentro da esfera social e familiar e não o isolamento em longos internamentos sem assistência e possibilidades de exercer sua cidadania e convívio comunitário e familiar como anteriormente era praticado.

3. POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS: BREVES REFLEXÕES

Para entendermos a ligação entre a saúde mental, a política de saúde mental e os direitos humanos, é preciso esclarecer conceitos e compreensões para conseguirmos refletir sobre o tema, compreender que os direitos humanos perpassam por todas as pessoas e políticas públicas, inclusive a política de saúde mental.

O princípio da dignidade da pessoa humana está previsto no art. 1º, inciso III da Constituição Federal de 1988, sendo um princípio fundamental da República brasileira e norma constitucional que permeia todo o ordenamento jurídico no país (BRASIL, 1988). O princípio da dignidade da pessoa humana é um valor moral e espiritual inerente à pessoa, ou seja, todo ser humano é dotado desse preceito. Ainda acerca da Constituição, o art. 6º trata dos direitos sociais pelos quais todo ser humano está, ou deveria estar, assegurado em nosso país,

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, p. 6).

A Constituição Federal de 1988 foi instituída para assegurar, através de garantias constitucionais, maior efetividade aos direitos fundamentais, inerentes a todos os que vivem no Brasil, permitindo a participação do Poder Judiciário sempre que houver lesão ou ameaça de lesão a direitos.

O direito à saúde permeia a dimensão da dignidade do ser humano, e o respeito a esse direito não é simplesmente uma questão de solidariedade ou de cidadania, mas, sim, e antes de tudo, de sobrevivência de toda uma nação, direito à vida como aborda o art. 5º: "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida" (BRASIL, 1988, p. 2).

Do preâmbulo da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) de 1948, duas considerações devem ser destacadas para auxiliar na reflexão sobre o tema: "Considerando que a liberdade, a justiça e a paz no mundo têm por base o reconhecimento da dignidade intrínseca e dos direitos iguais e inalienáveis de todos

os membros da família humana" e, ainda, "considerando que o desconhecimento e o menosprezo dos direitos humanos tem originado atos de barbárie ultrajantes para a consciência da humanidade. Em outras palavras, os direitos humanos são inerentes a todos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição, o respeito a vida é igualitário assim como deveriam haver todas as condições de subsistência para garantir a dignidade da vida humana, como moradia, alimentação, saúde, lazer, liberdade de expressão, entre tantas outras necessidades humanas objetivas e subjetivas.

Fundados sobre o respeito pela dignidade e o valor de cada pessoa, os direitos humanos têm como principais características, assim como traz o informativo *online* do Nações Unidas do Brasil,

[...] são universais, o que quer dizer que são aplicados de forma igual e sem discriminação a todas as pessoas;

Os direitos humanos são inalienáveis, e ninguém pode ser privado de seus direitos humanos; eles podem ser limitados em situações específicas. Por exemplo, o direito à liberdade pode ser restringido se uma pessoa é considerada culpada de um crime diante de um tribunal e com o devido processo legal;

Os direitos humanos são indivisíveis, inter-relacionados e interdependentes, já que é insuficiente respeitar alguns direitos humanos e outros não. Na prática, a violação de um direito vai afetar o respeito por muitos outros (ONUBR, 2019, p. 2).

Compreende-se, assim, que direitos humanos são todos os direitos individuais fundamentais, como moradia, educação, trabalho, lazer, saúde e entre outras necessidades, os direitos econômicos relativos à empregabilidade, meio ambiente e suas riquezas naturais e consumidor e, ainda, os direitos políticos relativos às formas de realização e exercício da cidadania.

A pessoa com transtorno mental merece tratamento digno em relação à sua saúde mental, assim como todos os direitos resguardados a qualquer outro cidadão, respeitando suas necessidades e a integração com a família e a comunidade. Segundo Moura (2011), a pessoa com transtorno mental apresenta formas não convencionais de fazer-estar no mundo, necessitando de políticas públicas voltadas a elas com respeito à dignidade humana.

A DUDH prevê a ampla e irrestrita aplicação de seus princípios para todos, inclusive para as pessoas com transtornos mentais. Exige, ainda, a necessidade da implantação de leis que assegurem direitos universais aos ditos "loucos", para que se tenha dignidade em seu tratamento e convivência em seu meio

social e familiar.

Outrossim, diferentes países, inclusive o Brasil, manifestam a aceitação do conjunto dos direitos humanos, baseados nos princípios da dignidade humana, consolidando e reconhecendo liberdades individuais, direitos civis, sociais e à vida sem violência, tal como traz a DUDH.

Desse modo, na medida em que o Brasil se responsabilizou por compromissos internacionais pela garantia dos direitos humanos e incorporou a noção de igualdade e justiça na Constituição, assumindo o Programa de Direitos Humanos, selou um compromisso expresso e formal, necessitando pensar políticas públicas voltadas a atender as mais variadas necessidades humanas, como na área da saúde pública, na saúde mental, educacional, habitacional, entre tantas outras.

É preciso que se assimile efetivamente o significado dos direitos humanos, exigindo cidadania plena e dignidade para todos, seja legalmente, seja no cotidiano. Respeitar e reconhecer as diferenças é o exercício de democracia na busca de um mundo mais justo para todos

Segundo a cartilha Direito à Saúde Mental, produzida em 2012 pelo Ministério Público Federal, a saúde mental “é um direito fundamental do cidadão, previsto na Constituição Federal para assegurar bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional” (BRASIL, 2012, p. 14).

Para aqueles que necessitam de tratamento na área da saúde mental, é preciso considerar que ela não é apenas o contrário de doença mental. Em seu conceito mais profundo está implícito o respeito ao direito à dignidade humana, isto é, uma vida sem preconceitos, sem discriminações e sem violência em qualquer nível que preserve a saúde física e mental de todos.

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), um ambiente que respeite e proteja os direitos básicos civis, políticos, socioeconômicos e culturais é fundamental para a promoção da saúde mental. De acordo com a ONUBR (2016), somente é possível ter saúde quando há completo bem-estar físico, mental e social. Sem a segurança e a liberdade asseguradas por esses direitos, torna-se muito difícil manter um elevado nível de saúde mental, conforme pontuou a organização no dia mundial para o tema.

Saúde mental é determinada por uma série de fatores que, são eles, socioeconômicos, biológicos e ambientais, ainda conforme a OMS, diversos fatores podem colocar em risco a saúde mental dos indivíduos: rápidas mudanças sociais,

condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos. ONUBR (2016).

A promoção da saúde mental envolve ações que permitam às pessoas adotar e manter estilos de vida saudáveis ou, aos que adoeceram e desenvolveram algum tipo de transtorno mental, acompanhamento e tratamento que preserve sua dignidade humana.

A Organização Mundial de Saúde afirma que não existe definição "oficial" de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, e pode incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que o conceito de Saúde Mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (ONUBR, 2016).

O atendimento das pessoas com transtornos mentais deve ser realizado na perspectiva de garantia dos direitos humanos, sendo que, para isso, as iniciativas governamentais são fundamentais, com destaque para a construção e consolidação de uma política de saúde mental fortalecida, com investimentos que possibilitem a expansão de atendimento e, mais importante ainda, a possibilidade de preservar e prevenir o adoecimento, pois saúde mental engloba vários outros segmentos.

Segundo a ONUBR (2016), a saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde e significa mais do que a ausência de transtornos mentais ou deficiências. Trata-se de um estado de bem-estar no qual cada pessoa realiza e desenvolve suas próprias habilidades, podendo trabalhar e participar da vida societária.

Pensar na saúde mental e no bem-estar é fundamental para nossa capacidade coletiva e individual, como seres humanos, como seres sociais, para que todos tenham a possibilidade de gozar de uma vida digna, independente de idade, raça, sexo, religião, condições econômicas, pensar e promover a saúde mental é pensar em garantia de direitos humanos.

É nesse sentido que podemos afirmar que a Política de Saúde mental proposta pela Lei nº 10.216/10 é um instrumento que possibilita, através de seus serviços e legislação, a promoção de direitos humanos das pessoas com transtorno mental. Prioriza-se o tratamento e o acompanhamento das pessoas com transtorno

mental com humanização, o desenvolvimento da sociabilidade em meio à família e à comunidade, além de se respeitar e promover o exercício da cidadania, ao contrário do isolamento e exclusão como eram tratadas essas pessoas por longos anos em nosso país e mundialmente também.

3.1 A ATUAL CONJUNTURA POLÍTICA E ECONÔMICA BRASILEIRA E SEUS REFLEXOS NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Pessoas com transtornos mentais são, ou podem ser, particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos. A legislação que protege cidadãos vulneráveis precisa estar em constante atualização, uma vez que somente haver a presença de legislação de saúde mental não garante respeito e proteção dos direitos humanos dessas pessoas.

No Brasil foi adotada Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – realizada em Nova York, em março de 2007, pela ONU –, promulgada no país pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, como norteadora das medidas de atenção às pessoas com deficiência e às com transtorno mental, ambas protegidas com prioridade nos direitos humanos e no que diz respeito à atenção à saúde mental.

Pessoas com transtorno mental atendidas em rede extra-hospitalar podem, em algum momento, precisar de internação conforme a situação ou estado de sua doença mental. A internação pode ocorrer, por exemplo, em leitos psiquiátricos em hospitais gerais ou hospitais psiquiátricos remanescentes, de acordo com a indicação médica.

Conforme regulamenta a Lei nº 10216/01, existe mais de uma forma de internação, como quando a rede que prioriza o atendimento com liberdade e convívio com a sociedade e família, mas identifica que o tratamento não está sendo suficiente e a pessoa necessita de estabilização diante de um surto psicótico, ou atentado contra a própria vida ou ineficiência no tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, por exemplo, a internação pode ser indicada e ocorrer em hospital geral, nos leitos psiquiátricos, priorizando a curta permanência.

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 (BRASIL, 2001, p. 2).

É importante ressaltar que a internação psiquiátrica somente ocorre diante de indicação médica na forma do artigo 6º da Lei nº 10.216/01, sendo três as possibilidades admitidas.

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; III- internação compulsória: aquela determinada pela Justiça (BRASIL, 2001, p. 2).

Na internação voluntária, há consentimento da pessoa em realizar o internamento diante da indicação médica. O objetivo é sempre a busca por melhoria e estabilização do transtorno mental, retomando assim que possível para o tratamento e acompanhamento em rede-extra hospitalar. “§ 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 [...]” (BRASIL, 2001, p. 2).

A reinserção da pessoa com doença mental, o resgate da sua cidadania, da sua autonomia, que estava esquecida e isolada em longas internações, deve ser trabalhada para que se tenha a condição de continuidade do tratamento fora das instituições asilares, dentro da RAPS.

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 (BRASIL, 2001, p. 2).

O artigo supracitado deixa claro que o objetivo a partir da promulgação da Lei nº 10216/01 é de que toda pessoa com transtorno mental, mesmo que não tenha mais vínculos familiares e societários, não deve permanecer em longos internamentos de forma asilar, privado de exercer sua cidadania. Deverá, assim, ser encaminhada para a rede de atendimento extra-hospitalar, até mesmo inserida em

RST, quando necessário.

A história da psiquiatria é marcada por um processo de asilamento por muitos anos. Cada pequena conquista é considerada um avanço, uma vez que a pessoa com transtornos mentais necessitará, por um longo tempo, de amparo, acompanhamento e apoio para a sua reinserção na sociedade, visto que já enfrenta, diante disso, violações de direitos e a estigmatização em sociedade por ser considerada “louca”. Contudo, a mesma lei que marca a Reforma Psiquiátrica prevê também a possibilidade de internação compulsória mediante determinação judicial.

A internação involuntária ocorre quando o paciente coloca sua própria vida em risco e não detém capacidade mental para consentir sua forma de tratamento e/ou internamento. A internação deve ser, então, a medida indicada após todas as demais terem sido tentadas e se revelado incapazes de impedir a ameaça do paciente a si mesmo.

O Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, que trata da promulgação da Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, em seu artigo 14, traz que os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas:

a) Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e b) Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade (BRASIL, 2009, p. 7).

Portanto, sob a ótica da proteção das pessoas com algum tipo de deficiência, podemos considerar aqui também, aquelas com transtornos, uma vez que é vedada qualquer forma de privação de liberdade baseada na deficiência mental ou intelectual da pessoa. Fica, então, ainda mais evidente a questão da internação involuntária e a compulsória como violadora de direitos humanos inerentes das pessoas com algum tipo de transtorno mental ou deficiência, conforme traz o texto.

Para que ocorra a internação compulsória, é necessário um pedido judicial, este deve ser instruído com um laudo médico atestando a necessidade de internação do paciente. No mais, cabe ao juiz competente analisar o pedido e examinar as condições de segurança do estabelecimento para o paciente. É o que estabelece o art. 9º da Lei nº 10.216/01:

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 (BRASIL, 2001, p. 2).

Ressalte-se, ainda, que o art. 9º trata da internação compulsória para os casos previstos na legislação vigente no Brasil. Isso porque a ciência do direito é baseada no princípio da legalidade, especialmente no que tange à privação de liberdade. Por isso, a internação compulsória somente poderá ser determinada nos casos previstos em lei.

Há apenas hipóteses constantes na Lei de Execução Penal nº 7210, de 1984 – conforme trata o artigo 99 “O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26”, que expressa:

Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (BRASIL, 1984, p. 4).

Já o artigo 97 da mesma Lei determina que “Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial”. E o artigo 96 trata da “Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado”.

A internação compulsória de pessoas com transtorno mental nos casos em que cometem algum ato definido como crime pela legislação penal acontece com o recolhimento aos hospitais de custódia, que diferem das unidades prisionais com aspectos tradicionais, ou com a internação compulsória para tratamento em hospitais psiquiátricos, ou alternativamente, a realizar tratamento de forma ambulatorial.

Como a internação compulsória não é a única forma de tentar punir, melhorar ou curar alguém com transtorno mental, consideramos esta prática a última alternativa indicada para o sujeito diante de outras possibilidades de tratamento, mesmo daqueles que cometeram algum tipo de infração perante à lei. Se a internação compulsória, for via de regra, utilizada para esses casos, sem permitir que sejam outras formas indicadas para amenizar o sofrimento da pessoa com transtorno mental diante de uma situação e conflito com a lei, podemos afirmar que

também essa medida viola os direitos humanos.

Todavia, embora seja essa a única situação prevista em lei para a internação compulsória no direito brasileiro e atente-se: de pessoas com transtorno mental e não de dependentes químicos, pois não há previsão no artigo. Mesmo assim, juízes têm ampliado a compreensão do artigo e indicado para os dependentes químicos, como aborda Ferreira em sua análise sobre a internação compulsória:

A internação compulsória faz pensar que o direito à vida está em conflito com a liberdade de ir e vir, assim como a dignidade da pessoa humana se contrapõe a autonomia da vontade, traduzindo assim um choque de direitos fundamentais (FERREIRA, 2019, p. 3).

É fundamental, quando da análise acerca da interpretação e da aplicabilidade da Lei nº 10.216/01, que se compreenda a necessidade do enfrentamento pelo Estado contra tão grave e crescente situação de pessoas com dependência química, assim como as pessoas com transtorno mental ou comorbidade com a dependência química, com políticas públicas que priorizem medidas permanentes e que combatam, de fato, os verdadeiros fatores determinantes do adoecimento, e não apenas com tratamento medicamentoso ou através de internamentos. Do contrário, o tratamento de pessoas com dependência química reduzir-se-á a simples e pura implementação de medidas absolutamente ineficazes e paliativas, além de pontuais, excludentes e higienistas.

A Lei nº 10216/01 indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público, inclusive. Assim, não há que se considerar que a internação compulsória sem o consentimento e aceitação da pessoa com transtorno mental ou com algum tipo de dependência química fique à mercê de práticas higienistas e de exclusão como algo que traga resolubilidade. Há, sim, que se olhar para todos os aspectos do adoecimento na saúde mental, que inclui também aspectos econômicos e psicossociais.

A internação compulsória, nos moldes que vem sendo requerida, especialmente por órgãos do Poder Executivo, e corroborada pelo Poder Judiciário, viola frontalmente os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da

saúde, que também são considerados direitos humanos e fundamentais.

O Estado, com essa prática, ao invés de tratar o ser humano de forma inclusiva, independentemente de suas características, está excluindo determinadas pessoas, ao ponto de colocá-las às margens da sociedade.

A privação da liberdade de locomoção somente poderá ocorrer em hipóteses excepcionais, desde que assegurados todos os demais direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, o que deveria ser a última estratégia de cuidado para as pessoas com transtornos mentais.

Tais reflexões são fundamentais, pois o quadro que se observa nos últimos anos é de que há um estímulo de internações psiquiátricas em detrimento de ações de prevenção e promoção da saúde. Dispositivos como os CAPS, que atuam na própria comunidade, os consultórios de rua e ambulatórios de saúde mental acabam não recebendo a atenção necessária, principalmente em relação aos recursos financeiros.

Desde o ano de 2010, data da última Conferência Nacional de Saúde Mental, pois até agora não foram realizadas novas conferências, o que foi cobrado, inclusive, através de manifestos das entidades representantes de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental no país. A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), em 2014, após quatro anos da realização da IV Conferência Nacional, reivindicou por nova edição do evento, porém sem obter qualquer sucesso, o que é bastante ruim dentro de um contexto de política pública que fica sem a participação coletiva de todos os envolvidos em um evento de grande porte e cunho participativo sem novas metas e avaliação há nove anos.

Consideramos que o país vem retrocedendo ao invés de avançar nas políticas de saúde mental no Brasil, conforme foi observado pelos dois últimos anos no contexto político. Em 20 de setembro de 2017, a Associação Brasileira de Psiquiatria e o Conselho Federal de Medicina lançaram uma Nota Pública voltada a apontar um conjunto de irregularidades e inconsistência na implementação da RAPS no Brasil. Segundo ABRASME (2018), a Nota foi articulada com o relatório do Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Júnior, apresentado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O documento teve um grande propósito, jogar dúvidas e dar um passo à frente na consolidação de uma “nova política de saúde mental no país”, conforme

ênfatiza:

Nesse contexto, é coerente com sua responsabilidade a decisão do Ministério da Saúde de, com base no relato apresentado, constituir Grupo de Trabalho, juntamente com os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais da Saúde (CONASS e CONASEMS), para discutir e buscar soluções para os problemas existentes na condução da atual Política de Saúde Mental no País. (CORDEIRO JUNIOR apud ABRASME, 2018).

Tal nota questiona a condução da construção da política de saúde mental no país, afirmando que o que temos de serviços atuais, a redução dos leitos de hospitais psiquiátricos e a realização de tratamento de forma livre dentro da rede não são eficientes, abrindo margens para práticas de isolamento, antigas, que se julgavam mais eficientes, pois essas pessoas em longos internamentos não eram vistas, não exigiam direitos, atendimentos, participação social.

Após trinta anos do documento do marco inicial na luta antimanicomial no Brasil, a “Carta de Bauru” de 1987, a política de saúde mental sofre mudanças que validam distorções e retrocessos na implantação da Reforma Psiquiátrica no país.

Segundo ABRASME (2018), no dia 22 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Resolução 32 e a Portaria nº 3.588, oficializando as medidas que colaboram para desconfigurarem a RAPS, e, em conjunto com o Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Justiça, publicaram a Portaria Interministerial nº 2, que inicia um redesenho nas políticas de drogas, baseada no financiamento e na ampliação das comunidades terapêuticas, locais onde a pessoa necessita ficar por meses para tratamento da dependência química, sendo a maioria delas geridas pelo terceiro setor ou vinculadas a entidades religiosas.

São, na verdade, recursos que poderiam estar sendo destinados na ampliação da RAPS para atendimento das pessoas com transtorno mental e dependência química, mas que serão destinado ao terceiro setor, desresponsabilizando o Estado na condução e atenção ao tratamento das pessoas com dependência química, incentivando ainda mais o “isolamento” dessas pessoas, o que configura um retrocesso na política de saúde mental, ao colocar novamente a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos e na ampliação do financiamento e na legitimação das Comunidades Terapêuticas.

No mesmo contexto político, a publicação da Portaria nº 3588/2017 inclui

o Hospital Psiquiátrico na RAPS, o aumento do valor da autorização de internação hospitalar de 15% para 20% de Leitos em Hospital Geral, com financiamento somente a partir de oito leitos, bem como a desvinculação do número de leitos em relação ao quantitativo populacional. Mantém-se, assim, a possibilidade de aumento de leitos através de acordo entre as coordenações locais e a coordenação nacional.

O princípio de internações de curta permanência, conforme prevê a Lei nº 10216/01, indicado apenas em meio a crises agudas e com um projeto terapêutico individual, voltado ao cuidado em liberdade e na inclusão social ou reabilitação psicossocial, é colocado em desmerecimento com a publicação desta portaria em 2017. O retorno, a re-valorização das internações de média e longa permanência e o círculo perverso de re-internações volta à centralidade da política pública no país (ABRASME, 2018).

Um pacto heterogêneo e conservador consolidou-se no país, criando um bloco de forças na disputa das políticas de saúde mental e drogas: a unidade de ação entre a Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina e as comunidades terapêuticas. Prova disso é a Portaria nº 3.588/17, que trouxe mudanças e interrompeu o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos em contraposição às determinações da Lei nº 10.216/01, ampliou os valores pagos para a internação nessas instituições e estimulou a criação de novas vagas psiquiátricas em hospitais gerais. O texto também prevê a expansão do aporte de financiamento público às chamadas comunidades terapêuticas, ligadas à iniciativa privada, terceiro setor e entidades religiosas.

Eis uma alteração na concepção desenvolvida pela Política Nacional de Saúde Mental nas últimas décadas de desospitalização e ênfase no serviço de base territorial através da RAPS, preconizando a volta do isolamento social através da segregação hospitalar das pessoas com transtorno mental e com dependência química. Configura, na verdade, como um retrocesso para os processos de reabilitação psicossocial, reinserção social, singularização e autonomia das pessoas com transtornos mentais e dependentes químicos.

Vale comentar que a Portaria nº 3.659, de novembro de 2018, foi publicada demonstrando a suspensão do repasse de recursos financeiros destinados ao custeio mensal de CAPS, SRT, UA e de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, todos estes serviços integrantes da RAPS por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS, sem abrir prazo

para defesa da ausência ou para correção deles, apenas punindo através de corte de repasses financeiros.

Já a Portaria nº 3.718, também de novembro de 2018, publicou uma lista de Estados e Municípios que receberam recursos referentes à parcela única de incentivo de implantação dos dispositivos que compõem a RAPS e não executaram o referido recurso, como uma forma de expor dificuldades de atender exigências de registros conformes os prazos estabelecidos e de punir tais serviços, no intuito de reforçar que não realizam um atendimento bom à população que deles necessita. De fato, o corte de recursos tem como intenção evidenciar a precarização da RAPS.

Podemos afirmar, ainda, que vivemos no encolhimento do espaço democrático, da construção das políticas públicas através da participação de todos, o exercício da democracia é para todos, e privar ou restringir as pessoas com transtorno mental de exercer sua cidadania é contrário ao que preconiza os direitos humanos. A ausência de conferências em níveis municipais ou estaduais, chegando em nível nacional, há tantos anos, sem continuidade no avanço da política de saúde mental, evidencia claramente a intenção de retrocessos, não a colocando em pauta de discussão, somente o Estado exercendo sua parte, cortando repassados de recursos e decretando medidas que beneficiam a volta de antigas práticas que até então caminhavam para a superação dentro da saúde mental.

O Estado deveria ser o primeiro a se preocupar em promover a saúde de uma forma geral à população que dela necessita, principalmente na área da saúde mental, mas o que vemos é a desresponsabilização, a precarização das políticas públicas, violando direitos humanos muito mais que os assegurando.

A política de saúde mental é um exemplo dentro do nosso atual contexto político e econômico brasileiro: observamos os efeitos da Proposta de Emenda Constitucional 241, ou PEC 55, de 2016, que congelou por vinte anos os gastos do Governo Federal, propostas essas que foram sancionadas sem pensar nos reflexos nas políticas públicas e contribuíram para que diversos direitos humanos fossem violados. Nesse sentido, muitas políticas públicas serão afetadas, sem a possibilidade de ampliação na garantia de direitos para a população em detrimento do contexto econômico do país.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho teve como principal questionamento a política de saúde mental no Brasil e a relação com os direitos humanos. No Brasil, a partir da década de 1990, com a promulgação de Portarias Ministeriais, o modelo alternativo de tratamento das pessoas com transtorno mentais de caráter extra-hospitares começou a ser normatizado.

O movimento da Reforma Psiquiátrica acompanhava os avanços e mudanças que já vinham ocorrendo em nível mundial, em que a tendência de assistência a essas pessoas passa a ser fora do sistema hospitalocêntrico, principalmente na Europa. O modelo de assistência e atendimento das pessoas com transtorno mental praticado pelos países europeus foi de grande influência para se chegar à promulgação de novas legislações no Brasil.

Em 2001, com a promulgação da Lei Federal nº 10.216, foi instituída a atenção em saúde mental como uma política pública, tornando-se um marco histórico no movimento de Reforma Psiquiátrica.

O modelo de assistência à pessoa com transtorno mental no país assemelhava-se aos que já era praticado em outros países, modelo esse restrito ao isolamento dessas pessoas em hospitais psiquiátricos em longos internamentos e em condições degradantes, sem nenhum respeito à dignidade humana.

Superar essa herança histórica foi e continua sendo um grande desafio para todos que atuam nessa área e para as pessoas que necessitam de assistência na área da saúde mental, tanto na busca por mudanças no modelo de assistência prestada no país até poucos anos atrás, quanto na superação da estigmatização do “louco”, do preconceito e compreensão de que a pessoa com transtorno mental também é cidadão digno de respeito, direitos e convívio em sociedade como qualquer pessoa, como também com relação aos avanços na política de saúde mental brasileira.

O trabalho teve como objetivo geral analisar a atual política de saúde mental e sua possível articulação na garantia dos direitos humanos na presente conjuntura da sociedade brasileira. A Lei nº 10.216, de 2001, foi um marco legal na busca por garantia de direitos às pessoas com doença mental de forma mais humana, priorizando o convívio com a família e comunidade através da rede de apoio extra-hospitalar, tentando superar anos de práticas de tratamento aliado ao

isolamento e exclusão do dito “louco”, sendo uma forma de garantir e promover os direitos humanos a essas pessoas.

Toda legislação que prevê e assegura direitos ao cidadão precisa de política pública para se concretizar, precisa de orçamento, precisa de normatização para estruturação, profissionais para que estes serviços possibilitem garantir direitos, necessita de constante avaliação para poder melhorar e atingir da melhor forma possível as necessidades de quem dela precisa, como também contar com a participação dos principais interessados, os usuários dessa política pública.

A construção desse trabalho possibilitou analisar os avanços na legislação brasileira desde a construção da política de saúde mental no Brasil, com a promulgação da Lei nº 10.216 e demais decretos e normativas ao longo dos anos, o que pode ser considerado um avanço no que diz respeito aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental, pois vem ao encontro da superação das práticas de violação de direitos dessas pessoas no modelo hospitalocêntrico, isolado e de forma de atendimento precária, priorizando o tratamento em rede extra-hospitalar, mais humanizado, em convívio societário e familiar, possibilitando a elas o exercício da cidadania.

Com a Lei Federal de 2001, o número de leitos em hospitais psiquiátricos reduziu e hospitais psiquiátricos acabaram fechando, o que significa que houve o aumento da demanda por serviços que dessem atenção a essas pessoas. A Rede de Atenção Psicossocial foi se estruturando e possibilitou o aumento dos serviços públicos para o atendimento daqueles que estavam em processo de desinstitucionalização e para os que precisavam de acompanhamento e atendimento.

A Lei nº 10.216/01 possibilitou formas de exercício da cidadania das pessoas com transtorno mental, priorização do tratamento em convívio societário, participativo, de acordo com legislações e tratados internacionais de direitos humanos.

Por outro lado, essa mesma lei que auxilia garantir direitos prevê formas arbitrárias de violação de direitos dessas pessoas com a possibilidade da internação involuntária e compulsória, pois, analisando dentro do contexto da lei e do que ela prioriza, é uma prática que viola direitos da pessoa com transtorno mental. Vista sob esta ótica, trata-se de uma lei bastante antagônica: por um lado, é um marco da superação de anos de isolamento e exclusão das pessoas com transtorno mental, por outro, permite que ações contra a vontade e consentimento das pessoas com

transtorno mental sejam praticadas através de atos judiciais, permitindo que direitos humanos dessas pessoas continuem sendo violados.

Analisando os tipos de internações involuntárias, práticas também previstas em lei, são aplicadas para as pessoas com transtornos mentais, a exemplo da internação compulsória, essas são indicadas muitas vezes como única forma de tratamento para essas pessoas com transtorno mental e para pessoas com algum tipo de dependência química, sem antes haver indicação e tentativa por tratamento de forma ambulatorial e em rede de atenção psicossocial, quando na verdade não são a última alternativa para aqueles que não apresentam melhora em outros tipos de serviços e tratamento.

Através da Lei, a internação em hospitais psiquiátricos sem consentimento da própria pessoa, ou seja, a internação compulsória, acontece apenas através de atos judiciais com um pedido médico, sem levar em consideração alternativas de tratamento humanizado, em convívio familiar e societário.

Há que se considerar tal intervenção vai contra os direitos humanos da pessoa que se encontra em sofrimento mental, pois não prioriza a escolha, não permite avaliação e seu consentimento, já que a pessoa é hospitalizada através de uma ordem jurídica e somente é liberada após determinação judicial – os médicos devem informar ao juízo o quadro do paciente, mas há de se convir que todo processo ajuizado é bastante moroso em nosso país. Com isso, fica ainda mais evidente que a busca pela inserção da pessoa com transtorno mental em sociedade e priorização do tratamento de forma humanizada em rede de atendimento não é prioridade, independente do tempo que esta pessoa permaneça internada compulsoriamente.

Desde o marco inicial da luta antimanicomial ou Reforma Psiquiátrica no Brasil, há pouco mais de trinta anos, a política de saúde mental vem sofrendo retrocessos no atual cenário político e econômico, e isso coloca em alerta acerca da retomada de práticas violadoras de direitos humanos das pessoas com transtorno mental através de decretos atuais, voltando novamente no tempo, quando a prioridade era estimular que pessoas com transtornos mentais e ou dependência química tivessem tratamento em instituições por longos períodos, isolados, indo contra o que se buscou superar em três décadas, com tratamento em locais de livre acesso, humanizado e com a priorização do convívio social e familiar.

Além das medidas políticas de estímulo ao retorno de “tratamento” das pessoas com transtorno mental e dependência química em instituições, com incentivos financeiros, sem prever como prioridade que o tratamento seja realizado em rede de atendimento extra-hospitalar, e a ausência de espaços públicos para discussão e aprimoramento da política de saúde mental como as conferências são o que podemos afirmar como retrocessos na área da saúde mental no Brasil e o caminho para mais violação dos direitos humanos dessa população.

Tais medidas consideradas como retrocessos na política de saúde mental exigem da sociedade em geral um alerta ser analisadas juntamente com o cenário político e também o econômico em nosso país, já que se ambos não buscarem diminuir as desigualdades sociais, através de políticas públicas, priorizando prevenção e atendimento da população, muitos retrocessos ainda ocorrerão em várias políticas públicas. Tudo está relacionado ao estado de saúde, e para que os cidadãos não adoeçam ainda mais, principalmente em sua saúde mental, é preciso resistir e lutar para que o que até hoje foi construindo dentro das políticas públicas em busca da garantia de direitos de todos não retroceda ainda mais em nosso país e, sim, buscarmos a melhoria de todas elas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASME. **Saúde mental: retrocessos ou contra-reforma?** 2018. Disponível em: <https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=402>. Acesso em: 15 mar. 2019.

ALBUQUERQUE, N. **O que é a carta de Bauru**, marco na luta antimanicomial no Brasil. 2017. Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/expresso/2017/12/08/O-que-%C3%A9-a-Carta-de-Bauru-marco-na-luta-antimanicomial-no-Brasil>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

ALVES, D. S. N. Memória da Loucura: **Reforma Psiquiátrica**. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reforma.html>>. Acesso em: 5 dez. 2018.

AMARANTE, P. (Org). Loucos pela vida: **a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995.

_____, P. (Coord.) Saúde Mental, políticas e instituições: **programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____, P. Asilos, alienados, alienistas: **uma pequena história da psiquiatria no Brasil**. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

BADER, S. (2001). Inclusão: **exclusão ou inclusão perversa?** In: S. Bader (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social** (p. 7-13). Petrópolis: Vozes. Disponível em: <https://www.academia.edu/29563093/As_artimanhas_da_exclus%C3%A3o_-_Bader_Sawaia.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

BEZERRA JUNIOR, B. **Cidadania e loucura: um paradoxo?** In: BEZERRA JUNIOR, B.; AMARANTE, P. (org). **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão – Exercício de 2017**. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017--COMPLETO-PARA-MS.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.mpdfp.mp.br/saude/images/saude_mental/Reforma_psiquiatrica_politica_saude_mental_Brasil.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: **Os centros de atenção psicossocial**. Brasília/DF, 2004. Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília/DF, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/procedimentos_normalizacao_publicacoes_ministerio_saude.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. abr. 2004, p. 75-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n1/04.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento**: orientação para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e UA como lugares de atenção psicossocial nos territórios. Brasília/DF. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. Ano 10, nº 12. Brasília/DF. Informativo eletrônico. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2003. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo28.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

_____. Ministério Público Federal. **Cartilha do direito à saúde mental**. 2012. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

_____. Nações Unidas do Brasil. **O que são Direitos Humanos?** 2019. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

_____. Nações Unidas do Brasil. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS e dia mundial**. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>>. Acesso em: 7 mar. 2019.

_____. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 3 out. 2018.

_____. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 9 mar. 2019.

_____. Lei nº 7210, de 11 de julho de 1884. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm>. Acesso em: 3 out. 2018.

DESVIANT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DIAS, M. T. G. **Os (des)caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: PUCRS, 1997. Disponível em <http://primo-pmtna01.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/dlDisplay.do?vid=PUC01&search_scope=Acervo%20da%20Biblioteca&docId=puc01000155085&fn=permalink>. Acesso em: 12 jan. 2019.

FERREIRA, P. H. de A. **A constitucionalidade da internação compulsória dos usuários dependentes químicos de drogas**. 2019. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=17742>. Acesso: 9 mar. 2019.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972. Disponível em:
<<http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

FREITAS, F. F. P. de. **A história da psiquiatria não contada por Foucault**. vol. 11:75-91, jan.-abr. 2004. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n1/04.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2019.

HEIDRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese de Doutorado. Faculdade de Serviço Social. Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em:
<<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5100/1/000398635-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2019.

MILLANI, H. de F. B.; VALENTE, M. L. de C.. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Periódico Eletrônico em Psicologia**. 2018. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009>. Acesso em: 10 mar. 2019.

MOURA, J. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à Construção dos Mecanismos de Atenção Psicossocial**. 2011. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/psicologia-geral/historia-da-psicologia/historia-da-assistencia-a-saude-mental-no-brasil-da-reforma-psiquiatrica-a-construcao-dos-mecanismos-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

PARANÁ. **Rede de Serviços de Saúde Mental do Paraná**. 2017. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/servicos_mental.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão da história**. 1994. In: TUNDIS, S. A. & C.; ROSÁRIO, N. do. (Orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.

SOUZA, C. A. C. de (Org.); CARDOSO, R. G. (Org.). **Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2006.