



Trancar não é tratar

Liberdade:
o melhor
remédio



18 de maio
Dia Nacional da Luta Antimanicomial

Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região / SP / 1997

Índice

Para publicar este caderno, a gestão "Psicologia em Ação" do Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região - São Paulo, tem certeza de estar, mais uma vez, contribuindo para a transformação da assistência à Saúde Mental no Brasil.

Enquanto entidade orgânica do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, movimento este que reúne trabalhadores, entidades formadoras, parlamentares, sindicatos e conselhos de profissionais da área de saúde mental, o Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região, tem a honra de apresentar este caderno de documentos.

1.	Apresentação	2 a 5
2.	Declaração de Caracas	6 a 7
3.	Declaração da ONU	8 a 21
4.	Portaria MS 224	22 a 28
5.	Projeto de Lei N° 3657-B	29 a 30
6.	Lei Complementar 791	31
7.	Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental	32 a 61
8.	Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	62 a 131
9.	Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental	132 a 141
10.	Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial	142 a 160

ERRATA

Página 21: 1. Coordenação de tradução de trabalho e versão em Português: Messias Lignon Patrão

Página 21: 2. Tradução: Sylvio Otobiano Kamassas Lignon Patrão

Página 21: 3. Versões Português x Espanhol (S2A1): Messias Lignon Patrão

Página 21: 4. Revisão gramatical: Nelson Bedin, Messias Lignon Patrão, Edna Miyuki Hirano

Página 21: 5. Revisão da terminologia jurídica: José Damiano Lima Trindade

Página 21: 6. Revisão final e Adaptação à linguagem "Amiga do Usuário": Eduardo Mourão Vasconcelos

Página 28 - Item 4.6 - 11. linha: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em vez de CAPS (Centro de Atenção Psiquiátrica)

Página 28 - Item 4.6 - 11. linha: "psicólogo" em vez de "psiquiatra"

Página 28 - Item 4.6 - 11. linha: "auxiliares de enfermagem" em vez de "auxiliares de saúde"

Página 28 - Item 4.6 - 11. linha: "serviços de saúde mental" em vez de "serviços de saúde"

Página 28 - Item 4.6 - 11. linha: "setor mantido" em vez de "setor mantido"

1. Apresentação 2 a 5

2. Declaração de Caracas 6 a 7

3. Declaração da ONU 8 a 21

4. Portaria MS 224 22 a 28

5. Projeto de Lei N.º 3857-B 29 a 30

6. Lei Complementar 791 31

7. Relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental 32 a 61

8. Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial 62 a 131

9. Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental 132 a 141

ERRATA

Página 21: incluir rodapé	
FICHA TÉCNICA	
Coordenação do trabalho de tradução e versão em Português: Messias Liguori Padrão	
1ª tradução/2ª tradução: Sylvio Giordano Jr./Messias Liguori Padrão	
Versões Português x Espanhol (5/2/91): Messias Liguori Padrão	
Revisão gramatical: Nelson Bedin, Messias Liguori Padrão, Edna Miyuki Hirano	
Revisão da terminologia jurídica: José Damião Lima Trindade	
Revisão final e Adaptação à linguagem "Amiga do Usuário": Eduardo Mourão Vasconcelos	
Página 28 - item 4.6 - 11ª linha:	
onde lê-se: "E ainda:"	acrescentar: "1 psicólogo" abaixo de "- 2 auxiliares de enfermagem;" (que deverá ser mantido)

Apresentação

Ao publicar este caderno, a gestão "Psicologia em Ação" do Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região - São Paulo, tem certeza de estar, mais uma vez, contribuindo para a transformação da assistência à Saúde Mental no Brasil.

Enquanto entidade orgânica do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, movimento este que congrega em seu interior, usuários e familiares dos serviços de saúde mental, trabalhadores, entidades formadoras, parlamentares, sindicatos e conselhos de profissionais da área da saúde, vimos a necessidade de uma publicação que reúna os principais documentos que embasam e orientam a transformação da assistência à Saúde Mental.

É importante que toda a sociedade tome ciência que aquilo que defendemos, não se trata apenas do sonho de um grupo de pessoas, um enorme grupo é bom que se diga, que não toleram ver aqueles que sofrem mentalmente serem trancafiados, dopados, amarrados, receberem eletro-choques, tudo isto, pasmem, financiado com recursos públicos e sob o título de "tratamento psiquiátrico".

Para se ter uma idéia do tamanho deste problema, existe no Brasil atualmente, algo em torno de 62 mil leitos em hospitais psiquiátricos, o que consome cerca de R\$ 450 milhões de reais por ano, em internação.

Comparado a outros agravos de saúde, a área da saúde mental ocupa o 5º lugar em número de usuários internados e o 1º em gastos só com internação, segundo dados do Ministério da Saúde.

Estamos portanto falando de um problema que atinge milhares de brasileiros, e que segundo Relatório Anual da OMS (Organização Mundial de Saúde), deve ser visto como um dos principais problemas de saúde nos próximos anos.

Estamos falando de milhões de reais gastos inutilmente, visto que a internação em hospital psiquiátrico é uma forma de atenção ultrapassada, que vem sendo superada e substituída em todo o mundo.

O Brasil por sinal é um grande exemplo de modelos assistenciais bem sucedidos, plantados em centenas de municípios, e em vários estados.

Os inúmeros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), hospitais dia, ambulatórios, unidades básicas com serviço de saúde mental, centros de convivência, enfermarias de saúde mental em hospitais gerais e de pronto socorros com serviço de saúde mental, têm garantido a população dos municípios onde se localizam, um atendimento mais humano, sem exclusão e com resolubilidade.

Apresentação

Exemplo disto, foi o Programa de Saúde Mental implantado pela Prefeitura Municipal de São Paulo, no período 1989-1992, que possibilitou uma capacidade de atendimento em torno de 160 mil usuários por ano.

Neste mesmo período, houve um redução no número de leitos psiquiátricos na cidade, de 5.000 para 3.500, graças ao fechamento de vários hospitais.

Porém, a saúde mental não tem recebido dos governantes a atenção necessária.

Apesar do êxito dos programas desenvolvidos por vários municípios, a velocidade com que vem se dando a substituição dos hospitais psiquiátricos pelos serviços comunitários, como os já relacionados neste texto, é vergonhosa.

No geral, os prefeitos que com a municipalização tornaram-se os responsáveis pela atenção à saúde da população, não se preocupam em criar serviços nesta área, perpetuando assim o hospital psiquiátrico como forma de tratamento.

Neste sentido é que entendemos ser importante a publicação da "Declaração de Caracas", da Organização Panamericana de Saúde, onde se solicita "apoio à Reestruturação da Assistência Psiquiátrica".

Outro documento importante aqui incluído: "Princípios Para a Proteção de Pessoas Com Problemas Mentais e Para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental", adotado pela Organização das Nações Unidas.

Estes dois textos, são documentos políticos e de princípios, que devem ser observados na organização dos serviços de Saúde Mental.

Ainda no campo da assistência, incluímos a Portaria 224 do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para o atendimento nos serviços de Saúde Mental, normatizando serviços substitutivos como os CAPS e NAPS e definindo padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que sejam totalmente superados.

No campo da legislação federal, publicamos o Projeto de Lei nº 3657-B, de 1989, de autoria do Deputado Paulo Delgado, aprovado na Câmara Federal, e tramitando no Senado sob nº 08/91.

Apresentação

No âmbito estadual, Rio Grande do Sul, Paraná, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Ceará, Pernambuco e o Distrito Federal, aprovaram leis ordinárias, que objetivam a substituição do hospital psiquiátrico por serviços comunitários.

Já no Estado de São Paulo, foi aprovada lei complementar nº 791, de 9/3/95, de autoria do Deputado Roberto Gouveia, que cria o Código de Saúde do Estado de São Paulo, cuja Seção III aqui publicada trata da Saúde Mental.

Finalizando, publicamos os relatórios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e, também, dos I e II Encontros Nacionais da Luta Antimanicomial, bem como a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental.

Estes últimos documentos tem importância singular, pois refletem os anseios da sociedade civil, no tocante a Saúde Mental.

Aliás, foi na defesa dos princípios contidos nestes documentos, que o I Congresso Nacional da Psicologia, realizado em Campos do Jordão em agosto de 94, aprovou que o Conselho Nacional de Psicologia deve atuar no sentido de:

- Fortalecer em todos os níveis:
- O movimento da Luta Antimanicomial;
- O enfrentamento do modelo hospitalocêntrico manicomial, através da criação e manutenção de uma rede comunitária substitutiva, com atenção à saúde coletiva, e participação popular efetiva, garantindo respeito à cidadania e à subjetividade.

Esperamos que esta publicação sirva como incentivo para que os psicólogos e a população organizada, em particular nos Conselhos Municipais de Saúde, cobrem do Poder Executivo local, a implantação de programas e políticas de saúde mental antimanicomiais.

18 de maio de 1997
10 anos de Luta Antimanicomial

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA- 6ª REGIÃO
SÃO PAULO

Declaração de Caracas

Declaração de Caracas

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social, b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo, c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental, d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos Países Membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;
2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da Região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;
3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e modelos de organização da assistência à saúde.

Declaração de Caracas

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário de Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na Região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados, c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais.

Para o que

SOLICITAM

Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando assim o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da Região.

**APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA
SEÇÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.**

Declaração da ONU

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

17 de Dezembro de 1991

A PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL E A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL*

A ASSEMBLÉIA GERAL,

Ciente dos dispositivos da Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/da Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/da Convenção Internacional de Direitos Económicos, Sociais e Culturais, 84/e de outros instrumentos relevantes, como a Declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, 98/e do Corpo de Princípios para a proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/.

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

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

Anotando a resolução 1991/46 de 5/março/1991,69/da Comissão de direitos Humanos, na qual se endossava o projeto de corpo de princípios a ela submetido pelo grupo de trabalho e decidia encaminhá-lo, bem como ao relatório do grupo de trabalho, à Assembléia Geral, por intermédio do Conselho Económico e Social.

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

Assumindo as recomendações da Comissão de Direitos Humanos em sua resolução 1991/46 e do Conselho Económico e Social em sua resolução 1991/29 que, em caso de aprovação do projeto de corpo de princípios pela Assembléia Geral, o texto completo deveria ser divulgado

* Original em Inglês. Versão não Oficial: 1º em 01/06/92, última em 16/11/92.

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

Declaração da ONU

de modo mais amplo possível e que a introdução deveria ser publicada ao mesmo tempo como um documento complementar, para benefício dos Governos e do público em geral.

Assumindo também a nota da Secretária Geral, 100/ que em seu anexo contém o projeto de corpo de princípios e a introdução ao mesmo.

1. **Adota** os Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, cujo texto está anexo a presente resolução;
2. **Requisita** à Secretária Geral que incluía o texto do corpo de Princípios, juntamente com a introdução, na próxima edição de "Direitos Humanos/- Uma Compilação de Instrumentos Internacionais":
3. **Requisita** à Secretária Geral que dê a maior divulgação possível ao corpo de Princípios e garanta que a introdução seja publicada ao mesmo tempo como documento complementar, para benefício dos Governos e do público em geral.

ANEXO

PRINCÍPIOS PARA A PROTEÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS DE TRANSTORNO MENTAL E PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

APLICAÇÃO

Estes Princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer espécie, seja na distinção de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica ou social, status legal ou social, idade, propriedade ou nascimento.

DEFINIÇÕES

Nestes princípios:

"Advogado" significa um representante legal ou outro representante qualificado;

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

"Assistência à Saúde Mental" inclui análise e diagnóstico do estado psíquico de uma pessoa e tratamento, cuidado e reabilitação de um transtorno mental ou suspeita de um problema de saúde mental;

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

Declaração da ONU

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

“Usuário” significa uma pessoa recebendo assistência à saúde mental, incluindo todas as pessoas admitidas em um estabelecimento de saúde mental;

“Representante pessoal” significa uma pessoa legalmente incumbida do dever de representar os interesses de um usuário em qualquer matéria especificada, ou de exercer direitos específicos em seu nome, incluindo os pais ou o guardião legal de um menor, a menos que seja estabelecido de outro modo pela legislação nacional;

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

CLÁUSULA GERAL DE LIMITAÇÃO

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

PRINCÍPIO 1

LIBERDADES FUNDAMENTAIS E DIREITOS BÁSICOS

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

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

Declaração da ONU

5. Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/pela Convenção Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/e por outros instrumentos relevantes, como a declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, 98/e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/.
6. Qualquer decisão em que, em razão de um transtorno mental, a pessoa perca sua capacidade civil, e qualquer decisão em que, em consequência de tal incapacidade, um representante pessoal tenha que ser designado, somente poderão ser tomadas após uma audiência equitativa a cargo de um tribunal independente e imparcial estabelecido pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, terá o direito de ser representada por um advogado. Se esta pessoa não puder garantir seu representante legal por meios próprios, tal representação deverá estar disponível, sem pagamento, enquanto ela não puder dispor de meios para pagá-la. O advogado não deverá, no mesmo processo, representar um estabelecimento de saúde mental ou seus funcionários, e não deverá também representar um membro da família da pessoa cuja capacidade estiver em pauta, a menos que o tribunal esteja seguro de que não há conflitos de interesses. As decisões com respeito à capacidade civil e à necessidade de um representante pessoal deverão ser revistas a intervalos razoáveis, previstos pela legislação nacional. A pessoa, cuja capacidade estiver em pauta, seu representante pessoal, se houver, e qualquer outra pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra essas decisões.
7. Nos casos em que uma corte ou outro tribunal competente concluir que uma pessoa acometida de transtorno mental está incapacitada para gerir seus próprios assuntos, devem-se tomar medidas no sentido de garantir a proteção dos interesses da pessoa, adequadas às suas condições e conforme suas necessidades.

PRINCÍPIO 2

PROTEÇÃO DE MENORES

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

PRINCÍPIO 3

VIDA EM COMUNIDADE

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

Declaração da ONU

PRINCÍPIO 4

DETERMINAÇÃO DE UM TRANSTORNO MENTAL

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

PRINCÍPIO 5

EXAME MÉDICO

Nenhuma pessoa será obrigada a submeter-se a exame médico com o objetivo de determinar se apresenta ou não um transtorno mental, a não ser em casos que estejam de acordos com os procedimentos autorizados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 6

CONFIDENCIALIDADE

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

PRINCÍPIO 7

PAPEL DA COMUNIDADE E DA CULTURA

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

Declaração da ONU

3. Todo usuário terá o direito de receber tratamento adequado à sua tradição cultural.

PRINCÍPIO 8

PADRÃO DE ASSISTÊNCIA

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

PRINCÍPIO 9

TRATAMENTO

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

PRINCÍPIO 10

MEDICAÇÃO

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

Declaração da ONU

PRINCÍPIO 11

CONSENTIMENTO PARA O TRATAMENTO

1. Nenhum tratamento será administrado a um usuário sem seu consentimento informado, exceto nas situações previstas nos parágrafos/6,7,8,13 e /15 abaixo.
2. Consentimento informado é o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou persuasão indevida, após esclarecimento apropriado com as informações adequadas e inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao usuário sobre:
 - (a) A avaliação diagnóstica;
 - (b) O propósito, método, duração estimada e benefícios esperado do tratamento proposto;
 - (c) Os modos alternativos de tratamento, inclusive aqueles menos invasivos; e
 - (d) Possíveis dores ou desconfortos, riscos e efeitos colaterais do tratamento proposto.
3. O usuário pode requerer a presença de uma pessoa ou pessoas de sua escolha durante o procedimento de obtenção do consentimento.
4. O usuário tem o direito de recusar ou interromper um tratamento, exceto nos casos previstos nos parágrafos /6,7,8,13 e /15 abaixo. As consequências de recusar ou interromper o tratamento devem ser explicadas a ele.
5. O usuário nunca deverá ser convidado ou induzido a abrir mão do direito ao consentimento informado. Se assim quiser fazê-lo, deve-se explicar a ele que o tratamento não poderá ser administrado sem o seu consentimento informado.
6. Excetuando-se os casos previstos nos parágrafos /7,8,12,13,14, e /15 abaixo, um plano de tratamento poderá ser administrado a um usuário sem seu consentimento informado, se as seguintes condições forem satisfeitas:
 - (a) O usuário for, no momento relevante, mantido como paciente involuntário;
 - (b) Uma autoridade independente, estando de posse de todas as informações relevantes, inclusive da informação especificada no parágrafo /2 acima, estiver convencida de que, no momento relevante, o usuário está incapacitado para dar ou recusar o consentimento informado ao plano de tratamento proposto ou, se a legislação nacional permitir, e considerando a segurança do próprio usuário ou a de outros, o usuário tenha recusado irracionalmente tal consentimento; e
 - (c) A autoridade independente estiver convencida de que o plano de tratamento proposto atende ao maior interesse das necessidades de saúde do usuário.
7. O parágrafo 6 acima não se aplicará quando o usuário tiver um representante pessoal designado por lei para dar consentimento ao tratamento em seu nome; mas, exceto nos casos previstos nos parágrafos /12, 13, 14 e /15 abaixo, o tratamento poderá ser administrado a tal paciente sem o seu consentimento informado se o representante pessoal, tendo recebido as informações descritas no parágrafo /2 acima, assim o consinta, em nome do usuário.

Declaração da ONU

8. Exceto nas situações previstas nos parágrafos /12,13,14, e /15 abaixo, o tratamento também poderá ser administrado a qualquer usuário sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado pôr lei determinar que é urgentemente necessário, a fim de se evitar dano imediato ou iminente ao usuário ou a outras pessoas. Tal tratamento não será prolongado além do período estritamente necessário as esse propósito.
 9. Nos casos em que algum tratamento for autorizado sem o consentimento informado do usuário, serão feitos todos os esforços para informá-lo acerca da natureza do tratamento e de todas as alternativas possíveis, buscando envolvê-lo, tanto quanto seja possível, como participante no desenvolvimento do plano de tratamento.
 10. Todos os tratamentos serão imediatamente registrados nos prontuários médicos dos usuários, com a indicação de terem sido administrados voluntária ou involuntariamente.
 11. Não deverá se empregar a restrição física ou o isolamento involuntário de um usuário, exceto de acordo com os procedimentos oficialmente aprovados, adotados pelo estabelecimento de saúde mental, e apenas quando for o único meio disponível de prevenir danos imediato ou iminente ao usuário e a outros. Mesmo assim, não deverá se prolongar além do período estritamente necessário a esse propósito. Todos os casos de restrição física ou isolamento involuntário, suas razões, sua natureza e extensão, deverão ser registrados no prontuário médico do usuário. O usuário que estiver restringido ou isolado deverá ser mantido em condições humanas e estar sob cuidados e supervisão imediata e regular dos membros qualificados da equipe. Em qualquer caso de restrição física ou isolamento involuntário relevante, o representante pessoal do usuário deverá ser prontamente notificado.
 12. A esterilização nunca deverá ser realizada como tratamento de um transtorno mental.
 13. Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em pessoa acometida de transtorno mental quando permitido pela legislação nacional, quando se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do usuário e quando receber seu consentimento informado, salvo os casos em que o usuário estiver incapacitado para dar esse consentimento e o procedimento será autorizado somente após um exame independente.
 14. A psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais, jamais serão realizadas em um paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e, na medida em que a legislação nacional permita sua realização, somente poderão ser realizados em qualquer outro tipo de usuário quando este tiver dado seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento informado, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.
 15. Ensaios clínicos e tratamentos experimentais nunca serão realizados em qualquer usuário sem o seu consentimento informado. Somente com a aprovação de um corpo de revisão competente e independente, especificamente constituído para este fim, poderá ser aplicado um ensaio clínico ou um tratamento experimental a um usuário que esteja incapacitado a dar seu consentimento informado.
-

Declaração da ONU

16. Nos casos especificados nos parágrafos /6,7,8,13,14, e /15 acima, o usuário, ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada, terá o direito de apelar a uma autoridade independente, judiciária ou outra, no que concerne a qualquer tratamento que lhe tenha sido administrado.

PRINCÍPIO 12

INFORMAÇÃO SOBRE OS DIREITOS

1. O usuário em um estabelecimento de saúde mental deverá ser informado, tão logo quanto possível após sua admissão, de todos os seus direitos, de acordo com estes Princípios e as leis nacionais na forma e linguagem que possa compreender, o que deverá incluir uma explicação sobre esses direitos e o modo de exercê-los.
2. Caso o usuário esteja incapacitado para compreender tais informações, e pelo tempo que assim estiver, seus direitos deverão ser comunicados ao representante pessoal, se houver e for apropriado, e à pessoa ou pessoas mais habilitadas a representar os interesses do usuário e dispostas a fazê-lo.
3. O usuário com a capacidade necessária terá o direito de nomear a pessoa que deverá ser informada em seu nome, bem como a pessoa para representar seus interesses junto às autoridades do estabelecimento.

PRINCÍPIO 13

DIREITOS E CONDIÇÕES DE VIDA EM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE MENTAL

1. Todo usuário de um estabelecimento de saúde mental deverá ter, em especial, o direito de ser plenamente respeitado em seu:
 - (a) Reconhecimento, em qualquer lugar, como pessoa perante a lei;
 - (b) Privacidade;
 - (c) Liberdade de comunicação, que inclui liberdade de comunicar-se com outras pessoas do estabelecimento; liberdade de enviar ou receber comunicação privada não censurada; liberdade de receber, privadamente, visitas de um advogado ou representante pessoal e, a todo momento razoável, outros visitantes; e liberdade de acesso aos serviços postais e telefônicos, e aos jornais, rádio e televisão;
 - (d) Liberdade de religião ou crença.
2. O ambiente e as condições de vida nos estabelecimentos de saúde mental deverão aproximar-se, tanto quanto possível, das condições de vida normais de pessoas de idade semelhante, e deverão incluir, particularmente:
 - (a) Instalações para atividades recreacionais e de lazer;
 - (b) Instalações educacionais;
 - (c) Instalações para aquisição ou recepção de artigos para a vida diária, recreação e comunicação;

Declaração da ONU

- (d) Instalações, e estímulo para sua utilização, para o engajamento do usuário em ocupação ativa adequada à sua tradição cultural, e para medidas adequadas de reabilitação vocacional que promovam sua reintegração na comunidade. Essas medidas devem incluir orientação vocacional, habilitação profissional e serviços de encaminhamento a postos de trabalho para garantir que os usuários mantenham ou consigam vínculos de trabalho na comunidade.
3. Em nenhuma circunstância o usuário será submetido a trabalhos forçados. O usuário terá o direito de escolher o tipo de trabalho que quiser realizar, dentro de limites compatíveis com as suas necessidades e as condições administrativas da instituição
4. O trabalho dos usuários em estabelecimento de saúde mental não será objeto de exploração. Tais usuários deverão ter o direito de receber, por qualquer trabalho realizado, a mesma remuneração que seria paga pelo mesmo trabalho a um não-usuário, de acordo com a legislação ou o costume nacional. E deverão também, em todas as circunstâncias, ter o direito de receber sua participação equitativa em qualquer remuneração que seja paga ao estabelecimento de saúde mental por seu trabalho.

PRINCÍPIO 14

RECURSOS DISPONÍVEIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

1. Um estabelecimento de saúde mental deverá dispor do mesmo nível de recursos que qualquer outro estabelecimento de saúde, e em particular:
- (a) Equipe profissional apropriada, de médicos e outros profissionais qualificados em número suficiente, com espaço adequado para oferecer a cada usuário privacidade e um programa terapêutico apropriado e ativo;
- (b) Equipamento diagnóstico e terapêutico;
- (c) Assistência profissional adequada; e
- (d) Tratamento adequado, regular e abrangente, incluindo fornecimento de medicação.
2. Todo estabelecimento de saúde mental deverá ser inspecionado pelas autoridades competentes, com frequência suficiente para garantir as condições, o tratamento e o cuidado aos pacientes, de acordo com estes Princípios.

PRINCÍPIO 15

PRINCÍPIOS PARA A ADMISSÃO

1. Nos casos em que uma pessoa necessitar de tratamento em um estabelecimento de saúde mental, todo esforço será feito para se evitar uma admissão involuntária.
2. O acesso a um estabelecimento de saúde mental será oferecido da mesma forma que em qualquer outro estabelecimento de saúde frente a outro problema de saúde qualquer.
3. Todo usuário que não tenha sido admitido involuntariamente terá o direito de deixar o estabelecimento a qualquer momento, a menos que se aplique o critério para a sua retenção como paciente involuntário, conforme o Princípio /16, devendo-se informar este direito ao usuário.
-

Declaração da ONU

PRINCÍPIO 16

ADMISSÃO INVOLUNTÁRIA

1. Uma pessoa pode (a) /ser admitida involuntariamente como paciente em um estabelecimento de saúde mental: ou (b)/ tendo sido admitida voluntariamente, ser retida como paciente involuntário no estabelecimento de saúde mental se, e apenas se, um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei para este fim determinar, de acordo com o Princípio/4, que a pessoa apresenta um transtorno mental e considerar:
 - (a) Que, devido ao transtorno mental, existe uma séria possibilidade de dano imediato iminente à pessoa ou a outros;
 - (b) Que, no caso de uma pessoa cujo transtorno mental seja severo e cujo julgamento esteja prejudicado, deixar de admiti-la ou retê-la provavelmente levará a uma séria deterioração de sua condição ou impedirá a oferta de tratamento adequado, que somente será possível, por meio da admissão em um estabelecimento de saúde mental, de acordo com o princípio da alternativa menos restritiva.

No caso referido no sub-parágrafo /b, um segundo profissional de saúde mental igualmente qualificado, independente do primeiro, deverá ser consultado, onde isto for possível. Se tal consulta ocorrer, a admissão ou a retenção involuntária não se darão, a menos que o segundo profissional concorde.
2. A admissão ou retenção involuntárias deverão inicialmente ocorrer por um período curto, conforme especificado pela legislação nacional, para observação e tratamento preliminar, ficando pendente à revisão da admissão ou retenção, a ser realizada pelo corpo de revisão. A admissão e seus motivos deverão ser comunicados prontamente e em detalhes ao corpo de revisão; os motivos de admissão também deverão ser comunicados prontamente ao paciente, à sua família.
3. Um estabelecimento de saúde mental só poderá receber usuários admitidos involuntariamente se tiver sido designada para isso por uma autoridade competente prescrita pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 17

CORPO DE REVISÃO

1. O corpo de revisão deverá ser um órgão independente e imparcial, judicial ou outro, estabelecido pela legislação nacional e funcionar de acordo com procedimentos prescritos pela mesma. Deverá, ao formular suas decisões, ter a assistência de um ou mais profissionais de saúde mental qualificados e independentes e levar em consideração suas recomendações.
2. O primeiro exame do corpo de revisão, conforme requerido no parágrafo/2 do Princípio /16, a respeito de uma decisão de admitir ou reter uma pessoa como paciente involuntário deverá ocorrer tão quanto possível após aquela decisão, e deverá ser conduzida de acordo com procedimentos simples e rápidos conforme especificado pela legislação nacional.

Declaração da ONU

3. O corpo de revisão deverá rever periódica os casos de pacientes involuntários, a intervalos razoáveis, conforme especificado pela legislação nacional.
4. Um paciente involuntário poderá requisitar ao corpo de revisão sua alta, ou conversão de sua condição ao estado de usuário voluntário, a intervalos razoáveis prescritos pela legislação nacional.
5. Em cada revisão, o corpo de revisão deverá avaliar se os critérios para admissão involuntária, expressos no parágrafo/1 do Princípio/16, ainda estão satisfeitos, e, se não estiverem, o usuário sairá da condição de paciente involuntário.
6. Se, a qualquer momento, o profissional de saúde mental responsável pelo caso estiver convencido de que aquelas condições para a retenção de uma pessoa como paciente involuntário não são mais aplicáveis, este deverá determinar a alta dessa pessoa da condição de paciente involuntário.
7. Próprio usuário terá ou seu representante pessoal, ou qualquer pessoa interessada terão o direito de apelar a um tribunal superior contra a decisão de admiti-lo ou retê-lo em um estabelecimento de saúde mental.

PRINCÍPIO 18

SALVAGUARDAS PROCESSUAIS

1. O usuário terá o direito de escolher e nomear um advogado para representá-lo como tal, incluindo a representação em qualquer procedimento de queixa e apelação. Se o usuário não puder garantir tais serviços, colocar-se-á um advogado a sua disposição, gratuitamente, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.
 2. O usuário também terá direito, se necessário, aos serviços de um intérprete. Quando tais serviços forem necessários e o usuário não puder garanti-los, estes deverão estar disponíveis, sem pagamento, enquanto perdurar sua carência de meios de pagamento.
 3. O usuário e seu advogado podem requerer e produzir, em qualquer audiência, um relatório de saúde mental independente e quaisquer outros relatórios e provas orais, escritas e outras evidências que sejam relevantes e admissíveis.
 4. Cópias dos registros do usuário e quaisquer relatórios e documentos a serem apresentados deverão ser fornecidos a ele e ao seu advogado, exceto em casos especiais onde for determinado que a revelação de uma informação específica ao usuário poderá causar dano grave a sua saúde ou por em risco a segurança de outros.
Conforme prescrição da legislação nacional, qualquer documento não fornecido ao usuário deverá, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecido ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer parte do documento for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para tanto, e o fato será sujeito à revisão judicial.
 5. O usuário, seu representante pessoal e o seu advogado terão o direito de comparecer, participar e serem ouvidos em qualquer audiência.
-

Declaração da ONU

6. Se o usuário ou seu representante pessoal ou advogado solicitarem a presença de uma determinada pessoa em uma audiência, essa pessoa será admitida, a menos que se considere que sua presença poderá causar danos sérios à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.
7. Qualquer decisão a respeito do caráter público ou privado de uma audiência ou parte dela, e da possibilidade de publicação de seus autos e relatórios, deverá levar em plena consideração o desejo do usuário, a necessidade de respeito à sua privacidade e de outras pessoas, e a necessidade de evitar danos sérios à saúde do usuário ou colocar em risco a segurança de outros.

PRINCÍPIO 19

ACESSO À INFORMAÇÃO

1. O usuário (este termo, neste Princípio, inclui um ex-usuário) deverá ter direito de acesso à informação concernente a ele, a sua saúde e aos registros pessoais mantidos por um estabelecimento de saúde mental. Este direito poderá estar sujeito a restrições com o fim de evitar danos sérios à saúde do usuário e colocar em risco a segurança de outros. Conforme a legislação nacional, quaisquer informações não fornecidas ao usuário, deverão, quando isto puder ser feito em confiança, ser fornecidas ao seu representante pessoal e ao seu advogado. Quando qualquer informação for vedada ao usuário, este ou seu advogado, se houver, deverão ser informados do fato e das razões para o mesmo, e tais determinações estarão sujeitas a revisão judicial.
2. Qualquer comentário, feito por escrito, pelo usuário, seu representante pessoal ou advogado, deverá, se assim for requerido, ser inserido em seu prontuário.

PRINCÍPIO 20

DOS INFRATORES DA LEI

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

Declaração da ONU

4. O tratamento de pessoas nas quais se tenha determinado a presença de um transtorno mental deverá, em todas as circunstâncias ser consistente com o Princípio /11.

PRINCÍPIO 21

QUEIXAS

Todo usuário ou ex-usuário terá o direito de apresentar queixas, conforme os procedimentos especificados pela legislação nacional.

PRINCÍPIO 22

MONITORAMENTO E MECANISMOS DE INTERVENÇÃO

Os estados devem assegurar a vigência de mecanismos adequados à promoção e aceitação desses Princípio, à inspeção dos estabelecimentos de saúde mental, à apreciação, investigação e resolução de queixas e, para estabelecer procedimentos disciplinares ou judiciais apropriados nos casos de má conduta profissional ou violação dos direitos do usuário.

PRINCÍPIO 23

IMPLEMENTAÇÃO

1. Os estados devem implementar estes Princípios por meios de medidas apropriadas de caráter legislativo, judicial, administrativo, educacional e outras, que deverão ser revistas periodicamente.
2. Os estados devem tomar estes Princípios amplamente conhecidos, por meios apropriados e dinâmicos.

PRINCÍPIO 24

ALCANCE DOS PRINCÍPIOS RELACIONADOS AOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE MENTAL

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

PRINCÍPIO 25

PROTEÇÃO DOS DIREITOS EXISTENTES

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

Portaria MS 224

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE PORTARIA Nº 224, DE 29 DE JANEIRO DE 1992

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

1. DIRETRIZES:

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

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

1) Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório

1.1 - O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvida nas unidades básicas/Centro de Saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

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

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

Portaria MS 224

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

1.4 - Recursos Humanos

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

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

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

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

2. NÚCLEOS/CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL (NAPS/CAPS):

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

2.2 - Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

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

2.4 - A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação entre outros);
- atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;

Portaria MS 224

- atendimento à família;
- atividades comunitários enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- Os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a 3 refeições.

2.5 - Recursos Humanos

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

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

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

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

1) Hospital-dia

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

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

1.3 - A assistência ao paciente em regime de hospital-dia incluirá as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros);
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);

Portaria MS 224

- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes em regime hospital-dia terão direito a 3 refeições: café da manhã, almoço e lanche ou jantar.

1.4 - Recursos Humanos

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

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

1.5 - Para fins de financiamento pelo SIH-SUS

- Os procedimentos realizados no hospital-dia serão remunerados por AIH-1 para o máximo de 30 pacientes-dia. As diárias serão pagas por 5 dias úteis por semana, pelo máximo de 45 dias corridos.
- Nos municípios cuja proporção de leitos psiquiátricos supere a relação de um leito para 3.000 hab., o credenciamento de vagas em hospital-dia estará condicionado a redução de igual número de leitos contratados em hospital psiquiátrico especializado, segundo critérios definidos pelos órgãos gestores estaduais e municipais.

2. Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital-Geral

2.1 - os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional.

O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

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

2.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, a seguintes atividades:

- avaliação médico-psicológica e social;
- atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- atendimento a família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Portaria MS 224

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

2.4 - Recursos Humanos

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

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

2.5 - Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares-SIH, o procedimento diagnóstica e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.

3. Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital-Geral

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

3.2 - O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até o máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços apropriados de um hospital-geral, se destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outras), os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades sócio-terápicas.

3.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

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

Portaria MS 224

3.4 - Recursos Humanos

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

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

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

4. Hospital Especializado em Psiquiatria

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

4.2 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, a seguintes atividades:

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

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

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

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

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

Portaria MS 224

4.6 - Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 07:00 às 19:00 hs, para cada 240 leitos;

E ainda:

- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro.
- Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:
 - 1 assistente social;
 - 1 terapeuta ocupacional;
 - 2 auxiliares de enfermagem;

E ainda:

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

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

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

- está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes;
- Os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo Órgão Gestor Local.

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

RICARDO AKEL

(Of. nº 68/92)

Projeto de Lei N° 3657-B

DE 1989

Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

O Congresso Nacional decreta:

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

§ 1º Nas regiões onde não houver estrutura ambulatorial adequada, a implantação do disposto no caput deste artigo se fará de maneira gradativa, sem colapso para o atendimento.

§ 2º Qualquer exceção, determinada por necessidade regional, deverá ser objeto de lei estadual.

Art. 2º - As administrações regionais de saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos não-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite, centro de atenção, centros de convivência, pensões e outros, bem como para a progressiva extensão dos leitos de característica manicomial.

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

§ 2º É da competência das secretarias estaduais coordenarem o processo de substituição de leitos psiquiátricos manicomial em seu nível de atuação, e do Ministério da Saúde ao nível federal.

§ 3º As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representadas, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental, os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização e aprová-los ao cargo de sua finalização.

Art. 3º - A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, a autoridade judiciária local preferentemente a Defensoria Pública, quando houver.

Projeto de Lei N° 3657-B

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

§ 2º Compete ao Defensor Público (ou outra autoridade judiciária designada) ouvir o paciente, médicos e equipe técnica do serviço, familiares e quem mais julgar conveniente e emitir parecer em 24 (vinte e quatro) horas sobre a legalidade da internação.

§ 3º A defensoria pública (ou autoridade judiciária que a substitua) procederá a auditoria periódicas dos estabelecimentos psiquiátricos com o objetivo de identificar os casos de seqüestro ilegal e zelar pelos direitos do cidadão internado.

Art.4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art.5º Revogam-se as disposições em contrário, especialmente aquelas constantes do Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934.

Sala das Sessões, 14 de dezembro de 1990.

Virgílio Guimarães, Relator.

Código de Saúde
Lei Complementar 791
de 09/03/1995

Seção III

Da Saúde Mental

Artigo 33 - No tocante à saúde mental, o SUS estadual e municipal, empreenderá a substituição gradativa do procedimento a internação hospitalar pela adoção e o desenvolvimento de ações predominantemente extra-hospitalares, na forma de programas de apoio à desospitalização que darão ênfase à organização e manutenção de redes de serviços e cuidados assistenciais destinadas a acolher os pacientes em seu retorno ao convívio social, observados, ainda, os seguintes princípios:

- I- desenvolvimento, em articulação com os órgãos e entidades, públicas e privadas, da área de assistência e promoção social, de ações e serviços de recuperação da saúde de pessoas acometidas de transtorno mental e reinserção na família e na sociedade;
- II- a atenção aos problemas de saúde mental, em especial os referentes à psiquiatria infantil e à psicogeriatría, realizar-se-á, basicamente, no âmbito domiciliar e internação de tempo parcial, de modo a evitar ou a reduzir ao máximo possível, a internação hospitalar duradoura ou de tempo integral;
- III- toda pessoa acometida de transtorno mental terá direito a tratamento em ambiente o menos restrito possível, o qual só será administrado depois de o paciente estar informado sobre o diagnóstico e os procedimentos terapêuticos, e expressar seu consentimento;
- IV- a internação psiquiátrica será utilizada como último recurso terapêutico, e objetivará a mais breve recuperação do paciente;
- V- quando necessária a internação de pessoa acometida de transtorno mental, esta dar-se-á, preferentemente, em hospitais gerais; e
- VI- a vigilância dos direitos indisponíveis dos indivíduos assistidos será realizada de forma articulada pela autoridade sanitária local e pelo Ministério Público, especialmente na vigência de internação psiquiátrica involuntária.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

RELATÓRIO FINAL

APRESENTAÇÃO	33
Primeira Parte - MARCOS CONCEITUAIS	35
Cap. 1 - Da Atenção integral	35
Cap. 2 - Da Cidadania	38
Segunda Parte - ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E MUNICIPALIZAÇÃO	40
Cap. 3 - Recomendações Gerais	40
Cap. 4 - Financiamento	41
Cap. 5 - Gerenciamento	44
Cap. 6 - Vigilância	46
Cap. 7 - Dos Trabalhadores de Saúde, da Organização do Trabalho e da Pesquisa	47
Terceira Parte- DIREITOS E LEGISLAÇÃO	49
Cap. 8 - Questões Gerais sobre a Necessária	
Revisão Legislativa	49
Cap. 9 - Direitos Cíveis e Cidadania	50
Cap.10 - Direitos Trabalhistas	54
Cap.11 - Drogas e Legislação	55
Cap.12 - Direitos dos Usuários	56

APRESENTAÇÃO

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no período de 1 a 4 de dezembro de 1992, é resultado de longo processo democrático, e teve alguns eventos marcantes para sua efetivação. Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, inegavelmente um marco histórico na luta pela construção do Sistema Único de Saúde. Em 1987, no Rio de Janeiro, realizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo relatório foi referendado nos pontos que não contradizem as decisões desta Conferência. No final de 1987, em Bauru, o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental propôs a mudança das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica. Em 1990, realizou-se a Conferência de Caracas, a qual transformou-se, hoje, em referência fundamental para o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental que se desenvolve no país. Em agosto de 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde aprovou o fortalecimento da luta pela vida, ética e municipalização da saúde, com ênfase no controle social, definindo o nível local como estratégico na democratização do Estado e das políticas sociais.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi sendo construída através da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores sociais e setores - social, político, cultural - nas conferências municipais, regionais e estaduais.

Esse processo teve início com a constituição da Comissão Organizadora da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que contou com representantes dos segmentos envolvidos na reestruturação da atenção em saúde mental e na reforma psiquiátrica brasileira: associações de usuários e familiares, conselhos da área de saúde, prestadores, governos e entidades da sociedade civil.

A etapa nacional foi precedida por 24 conferências estaduais, realizadas entre os meses de abril e novembro de 1992. As etapas estaduais, por sua vez, foram precedidas por aproximadamente 150 conferências municipais ou de âmbito regional, em todo o país.

Assim, a II Conferência Nacional de Saúde Mental representou a culminação de um amplo processo de participação e debate, obtido através dos trabalhos de 500 delegados eleitos nos eventos estaduais e com composição paritária dos dois segmentos: usuários e sociedade civil, governo e prestadores de serviços.

Na categoria de observadores credenciados, também escolhidos nos encontros estaduais, participaram 320 pessoas. Houve, ainda, 150 participantes na categoria de ouvinte e 100 convidados; dentre esses, 15 personalidades estrangeiras e representantes de organismos internacionais.

Estima-se que, nas três etapas, 20.000 pessoas estiveram diretamente envolvidas. A repercussão intensa nos meios de comunicação assegurou o generalizado alcance do debate nos distintos segmentos da sociedade.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

A II Conferência Nacional de Saúde Mental tem como indicador de mudança a participação efetiva dos usuários na realização dos trabalhos de grupo, nas plenárias, nos debates e tribunas livres. Esta participação foi responsável pelo surgimento de uma nova dinâmica de organização do trabalho, onde os depoimentos pessoais, as intervenções culturais e a defesa dos direitos transformaram as relações e as trocas entre todos os participantes.

O presente relatório reflete este momento de descobertas e consolida as propostas construídas ao longo de um processo vivido em cada recanto deste país, através da abertura de um amplo debate junto à população, da criação de novos serviços, da produção de conhecimento e de mudanças nas legislações nacional, estadual e municipal.

O país vive, nesse momento, grande inquietação diante de possíveis mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade, prenunciadas pela revisão constitucional de 1993, e pela frustração histórica de suas expectativas por melhorias da qualidade de vida com justiça social.

O presente relatório espelha essa inquietação e frustração, através da reivindicação de garantia dos direitos conquistados e adquiridos na Constituição, nas leis e nos estatutos. Ao mesmo tempo, reflete também a confiança da sociedade civil na possibilidade de realização de um novo projeto social, podendo tomar-se instrumento para o avanço e consolidação da reforma em saúde mental no país.

Os grandes temas sobre os quais se centram as deliberações dos delegados e dos participantes da II Conferência Nacional de Saúde Mental são - rede de atenção em saúde mental; - transformação e cumprimento de leis; - direito à atenção e direito à cidadania.

Este relatório está estruturado em três partes. Na primeira, são referidos os **marcos conceituais** adotados pela Conferência, que irão sustentar as deliberações referentes a **modelo de atenção e direitos de cidadania**, temas centrais. A primeira parte tem dois capítulos: "Da atenção integral" e "Da cidadania".

A segunda parte trata das deliberações referentes ao modelo de atenção, no marco da municipalização da saúde, e está constituída dos capítulos "Recomendações gerais", "Financiamento", "Gerenciamento", "Vigilância", "Dos trabalhadores de saúde, da organização do trabalho e da pesquisa".

A terceira parte aborda os Direitos e a Legislação, compondo-se dos capítulos "Questões gerais sobre a revisão legal necessária", "Direitos civis e cidadania", "Direitos trabalhistas", "Drogas e legislação" e "Direitos dos usuários".

Comissão Executiva da II CNSM
Brasília, junho de 1993

Primeira Parte

MARCOS CONCEITUAIS

Atenção Integral e Cidadania são conceitos direcionadores das deliberações da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

O entendimento da saúde/doença como processo fundamenta o direito ao tratamento e à organização de uma rede de atenção integral à saúde.

A democratização do Estado com o controle da sociedade civil é fundamento do direito à cidadania e da transformação da legislação de saúde mental.

O processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades.

A vida exige uma abordagem abrangente no campo da Saúde Mental, capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito com as dissociações mente/corpo, trabalho/prazer, tão frequentes na abordagem dos serviços de saúde.

É necessário, pois, construir:

- mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico;
- diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental;
- uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas.

Capítulo 1 - Da Atenção Integral

A atenção integral em saúde mental deverá propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação).

Deve referir-se aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação, premissas conceituais da VIII Conferência Nacional de Saúde, bem como da I Conferência Nacional de Saúde Mental e Declaração de Caracas, sendo imprescindível a inserção da saúde mental nas ações gerais de saúde.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

A descentralização deve ser entendida como transformação de poder no sistema de saúde, no sentido de construir processos emancipatórios e de gestão social.

É imprescindível implantar a municipalização da assistência à saúde, criando-se os Conselhos de Saúde, respeitando-se a paridade e demais dispositivos legais previstos na criação do SUS, inclusive as peculiaridades da realidade local.

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão.

Os serviços devem transformar-se em verdadeiros laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania dos indivíduos.

Devem ser estabelecidos mecanismos concretos para a efetiva desospitalização dos doentes mentais, tanto nos hospitais públicos como nos privados, através da intensificação dos programas públicos de lares abrigados e pensões protegidas, os quais deverão ser criados fora dos muros do hospital psiquiátrico, junto aos bairros, com a garantia de assessoria técnica por parte do setor público de saúde.

É imperativo efetuar a desinstitucionalização de todas as instâncias com características manicomial, tais como: asilo para idosos, instituições para menores, classes especiais e instituições penais, entre outras.

As ações de saúde mental devem integrar-se às outras políticas sociais, como educação, cultura, esporte e lazer, seguridade social e habitação, tendo definido o seu alcance preventivo e intersectorial.

Devem ser promovidas atividades entre secretarias, órgãos e departamentos de administração pública, bem como desenvolvidos programas de atenção integral às pessoas portadoras de deficiência em geral, ou com necessidades especiais, com a participação das mesmas nas classes regulares das escolas públicas ou privadas, em acompanhamento especializado, através de ações promovidas pelas Secretarias de Educação, Saúde e outras.

Deve ser proibida a existência de escolas especiais e de centros de atendimento exclusivo para deficientes, abrindo-se os já existentes para a comunidade em geral, considerando-se fundamental a desinstitucionalização e enfrentamento da segregação.

Os centros de convivência não devem favorecer a formação de guetos, e devem ter por princípio básico de funcionamento a convivência dos diferentes (portadores de deficiência, de transtornos mentais e a população em geral), através de oficinas culturais e terapêuticas que

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

promovam o exercício da cidadania de seus usuários. Dessa forma, estará possibilitada a criação de uma nova cultura de investimento que viabilize programas de saúde mental, tais como projetos de trabalho, de lazer, culturais, associações de usuários, de familiares e outros.

Recursos Informais, Família, Comunidade

- Articular os recursos existentes na comunidade, favorecendo a integração do usuário dos serviços de saúde.
- Fortalecer todos os movimentos identificados com as novas reformas da saúde
- Valorizar e incentivar a atenção informal em saúde mental desenvolvida por religiosos, grupos de auto-ajuda, organização de familiares, organização de pais e outras, que respondem cada vez mais às necessidades de grande parte da população, efetivando uma interação democrática com os recursos formais dentro da nova política de atenção à saúde mental.
- Promover a criação de grupos de ajuda mútua entre usuários e trabalhadores de saúde mental, a fim de conseguir melhor resolução nas ações de saúde coletiva.
- Evitar culpabilizar o usuário e sua família, e promover o atendimento integrado da família inserida no contexto comunitário e social.
- Mobilizar a comunidade para que esta se organize e faça pressão junto aos municípios, estados e autoridades concernentes, objetivando criar pensões públicas que atendam ao modelo de atenção em saúde mental proposto.

Trabalhadores: Organização do Trabalho, Capacitação e Investigação

É necessária a transformação das relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuários, famílias, comunidade e serviços, em busca da desinstitucionalização, bem como da humanização das relações no campo da saúde mental.

Deve ser dada prioridade às ações que estimulem a desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental, desconstruindo seus manicômios mentais, libertando-o de esquemas e de estruturas que o impedem de pensar e agir de modo mais humano pela promoção da saúde mental e necessária emancipação do campo terapêutico.

A complexidade das questões que envolvem o campo da saúde mental exige a construção coletiva de práticas e saberes cotidianos, o que define a equipe de saúde como:

- a) necessariamente multiprofissional;
- b) integrada por profissionais de outros campos do conhecimento, como, por exemplo, trabalhadores das áreas artística, cultural e educacional;

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

- c) livre do tradicional loteamento de funções e marcada por uma participação mais efetiva dos auxiliares e atendentes;
- d) articulada com os setores populares no sentido de escuta e respeito aos saberes emergentes das diferentes culturas locais;
- e) implicada com todo o serviço, onde todos os operadores sociais são agentes do processo cultural em saúde mental.

Os programas de formação e capacitação de pessoas deverão fundamentar sua operacionalização a partir de alguns princípios:

- a) proposta pedagógica dinâmica e permanentemente construída;
- b) integração dos níveis cognitivo - expressivo e prático;
- c) multiprofissionalidade;
- d) descentralização;
- e) problematização da realidade local;
- f) educação continuada;
- g) articulação dos saberes/poderes político, administrativo e técnico;
- h) articulação dos campos de conhecimento científico e popular;
- i) abrangência da qualificação extensiva aos serviços públicos e privados.

É preciso estimular práticas de ensino, pesquisa e extensão que favoreçam novas atitudes dos futuros profissionais em relação à doença mental e que estimulem o desenvolvimento do potencial dos indivíduos com sofrimento psíquico.

Devem ser promovidas investigações epidemiológicas e socioantropológicas, com vistas a possibilitar modelos que respeitem as realidades locais.

Capítulo 2 - Da Cidadania

A cidadania é uma construção histórica resultante das problematizações concretas que cada sociedade produz. Em nosso país, milhões de brasileiros estão destituídos da garantia dos mais elementares direitos. Assim, a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, ou assim consideradas, não deve estar desvinculada do conjunto de esforços desenvolvidos pelo povo brasileiro na luta por sua cidadania, envolvendo todas as instituições sociais, unindo os profissionais, usuários e familiares.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

É imprescindível a ressignificação do espaço público como um lugar de afirmação do coletivo e de mudança do poder contratual dos cidadãos em sua relação com o Estado e Sociedade.

O trabalho de saúde mental na comunidade deve ser voltado para o envolvimento das pessoas, num processo de organização crescente, de modo a que possam, cada vez mais, influir diretamente nas questões que lhes digam respeito.

Os usuários são sujeitos sociais, autores de sua história. Deve-se mudar a relação entre o Poder Público e o usuário, fomentando canais de participação para que os direitos dos usuários possam ser exercidos.

Estimular a organização dos cidadãos em associações comunitárias, onde serão debatidos os problemas de saúde mental e encaminhadas as propostas aos conselhos municipais de saúde.

Assegurar a todos os cidadãos a participação nos atos da vida social e condições de acesso aos bens materiais e culturais existentes nas comunidades.

Possibilitar o exercício da cidadania desde a escola, sendo este um aprendizado construtor de subjetividades transformadoras, capazes de lutar por processos emancipatórios.

Legislação

Substituir a terminologia “Legislação Psiquiátrica” por “Legislação em Saúde Mental”.

A legislação deve levar em conta as várias questões implicadas no conceito ampliado de cidadania, como a subjetividade, o direito a vivenciar suas crises e que estas não sejam abordadas por métodos coercitivos.

Estimular a formação e aprovação de uma nova legislação em saúde mental, capaz de dar conta, separadamente e através de instrumentos legais diferenciados, dos vários aspectos implicados na questão, quais sejam: reestruturação da assistência, direitos civis, código penal, direitos do usuário.

Mudar o enfoque punitivo e coercitivo em relação às drogas, pois a lei trata assim os usuários, não combatendo os produtores e grandes traficantes. Que a lei interfira mais neste último nível e, quanto aos usuários, que lhes seja dado o enfoque da assistência, tratamento e programas sociais de prevenção, cabendo-lhes incentivar que os cuidados sejam desenvolvidos em centros especializados.

Informação, Divulgação, Educação

A informação é essencial para a conquista e o exercício do direito ao tratamento e à cidadania.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Esclarecer a população através da criação de sistema de difusão de informações sobre as diversas formas de atenção à saúde mental.

Exigir que o planejamento contemple ações de educação em saúde mental para a população, visando construir uma cultura antimanicomial no trabalho cotidiano, utilizando os meios de comunicação de massas numa campanha nacional que divulgue o novo enfoque em saúde mental.

Propiciar, com fácil compreensão, o acesso à informação sobre formas de atenção e direitos dos usuários, através de programas educativos e intensivos em todos os meios de comunicação de massa - TV, rádios, jornais etc.

Desenvolver um programa de esclarecimento e apoio à família, à comunidade e aos trabalhadores de saúde mental, sobre a proposta de fechamento dos manicômios e substituição por outros serviços, através de uma campanha nacional, a partir da Conferência, com:

- a) realização de fóruns, envolvendo a comunidade, a família e os trabalhadores de saúde mental, visando difundir o novo enfoque ao modelo de atenção em saúde mental, com a divulgação intensiva nos meios de comunicação de massa (TV, rádios, jornais, etc.);
- b) acompanhamento direto deste processo pelos serviços, num programa amplo de saúde mental.

Exigir a divulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica e da Proteção aos que Padecem de Sofrimento Psíquico, do Rio Grande do Sul, e que a II CNSM divulgue, através de seus anais, este documento, como forma de incentivo e mobilização de outros estados da nação.

Debater com os profissionais de comunicação a questão das drogas, a fim de minimizar o impacto causado pelas comunicações escandalosas e perniciosas sobre o assunto.

Estimular e ampliar os espaços de discussão democrática entre usuários, técnicos, familiares e comunidade, socializando informações e otimizando o atendimento da rede de serviços.

Segunda Parte

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E MUNICIPALIZAÇÃO

Capítulo 3 - Recomendações Gerais

Exigir o cumprimento da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90) e sua complementação (Lei nº 8.142/90), bem como os princípios constitucionais referentes à municipalização, no sentido de superar os interesses políticos contrários à mesma.

Adotar os conceitos de **território e responsabilidade**, como forma de dar à distritalização em saúde mental um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, garantindo o direito dos usuários à assistência e a recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Garantir o atendimento de saúde em geral ao usuário de serviços de saúde mental.

Assegurar que o planejamento e a administração das ações de saúde devam levar em conta os aspectos culturais, históricos e sociais, e não apenas os burocráticos.

Estabelecer que o Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental, funcione como captador e repassador de recursos e informações nacionais e internacionais que possam viabilizar projetos e implantação de cuidados em saúde mental, o que ocorreria através da criação de uma comissão nacional democrática e transparente, destinada a definir a liberação dos recursos e o acompanhamento desses projetos.

Incentivar a participação da família nos serviços de saúde mental, garantindo a assistência especializada necessária, e a terapia familiar, se for o caso.

Assegurar programas de atenção em saúde mental aos usuários, dentro da rede pública de saúde e na comunidade, evitando o seu abandono.

Criar comissões de saúde mental ou de reforma psiquiátrica junto aos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde para planejar, implementar e fiscalizar as ações de saúde mental. Essas comissões, em seu âmbito, deverão definir critérios para uma reforma psiquiátrica, com prazos de execução definidos. Sua posição deverá ser paritária entre usuários e prestadores de serviços de saúde mental.

Estabelecer que o dia 18 de maio passe a constar no calendário oficial como dia nacional de luta por uma sociedade sem manicômios, com atividades alusivas à data nos serviços públicos e particulares, tais como escolas, creches, hospitais, unidades básicas de saúde etc.

Capítulo 4 - Financiamento

Assegurar o cumprimento da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

Regulamentar o art. 35 da citada lei, segundo parâmetros demográficos, epidemiológicos e de rede instalada.

Exigir dos órgãos municipais, estaduais e federais que haja aumento do percentual de recursos financeiros do orçamento geral da saúde destinado à saúde mental, de modo a viabilizar adequadamente os projetos e as ações de reestruturação do modelo de assistência à saúde mental.

Alocar, no orçamento de cada esfera de Governo, um percentual mínimo de 10 a 15% da receita própria, destinado à área de saúde, e garantir que este se mantenha mês a mês na execução orçamentária.

Assegurar, nos orçamentos municipais, a definição de um, percentual mínimo de 3% para a área de saúde mental.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Extinguir o sistema de pagamentos via AIH, propiciador de inúmeras distorções, contrário ao modelo de saúde mental proposto nesta Conferência, como a internação psiquiátrica prolongada. Enquanto não ocorrer a regulamentação da aplicação do art. 35 da Lei nº 8080/90 e a extinção do sistema AIH, as normas de financiamento do Ministério da Saúde devem ser aperfeiçoadas com as seguintes recomendações:

- estabelecer o sistema de financiamento misto SIA/SUS e SIH/ SUS para os serviços congêneres: hospital-dia, núcleos e centros de atenção psicossocial, reunidos sob o mesmo código de financiamento, incluindo a designação genérica de Unidade Ambulatorial de Atenção Intensiva em Saúde Mental, com a intenção de contemplar as iniciativas ambulatoriais de cuidados em unidades públicas, nos municípios;
- condicionar o credenciamento de hospitais-dia e congêneres da iniciativa privada à redução concomitante do número de leitos psiquiátricos privados contratados;
- exigir que os serviços de emergência psiquiátrica funcionem exclusivamente junto aos hospitais gerais e/ou unidades mistas;
- estabelecer prazo para reverter o modelo hospitalocêntrico, adotando a seguinte forma de utilização das AIHs para o pagamento de serviços prestados por hospitais psiquiátricos:
 - a) como medida transitória, em substituição às AIHs existentes, criar AIHs referentes a períodos mais curtos de internação (5,10,15 dias), incentivando-se curtas internações, sendo necessário aumentar o número de AIHs provisoriamente, sem aumentar a capacidade de internação dos hospitais.

Em relação ao financiamento atual, devem ser adotados os seguintes critérios:

- AIH.1 - a partir de 1993 a rede hospitalar poderá utilizar apenas duas AIH.1 por paciente/ano, ou seu equivalente em AIH.5 de curta duração;
- AIH.5 - estabelecer prazo de três anos para a extinção progressiva da utilização de AIH.5 por hospitais psiquiátricos, utilizando-se os recursos referentes às mesmas no financiamento de Lares Abridados para usuários de longa permanência e moradores dos hospitais psiquiátricos, sob responsabilidade provisória da Secretaria de Estado da Saúde.
 - b) a extinção gradativa das AIH.5 por hospitais psiquiátricos, por anos, deverá ocorrer da seguinte forma:
 - 1993 - Pagamento máximo de 120 diárias por AIH.5;
 - 1994 - Pagamento máximo de 90 diárias por AIH.5;
 - 1995 - Pagamento máximo de 60 diárias por AIH.5.

A partir de 1996, nenhum hospital psiquiátrico poderá receber pagamento por AIH.5.

- c) a desativação dos leitos manicomial deve ser de 20% ao ano, efetivando-se no prazo máximo de 10 anos.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Revisar a tabela de procedimentos do SUS no sistema AIH, contemplando as demais categorias profissionais e incentivando os procedimentos ambulatoriais hoje remunerados desproporcionalmente em relação às internações.

Não proceder a nenhuma alteração no sistema de financiamento (outros indicadores de reajuste, critérios etc.) sem a constituição de um grupo de trabalho paritário e mediante consenso no Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, junto à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Suspender o repasse dos recursos aos estados e municípios que não implementarem seus Conselhos de Saúde dentro de, no máximo, três meses, a partir da data desta Conferência.

Estabelecer, a partir de 1993, um protocolo de financiamento conjunto entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ação Social para as ações de reabilitação social da clientela, hoje sob a responsabilidade exclusiva do SUS.

Propor, na I Conferência Nacional de Ação Social, a realizar-se em 1993, a co-responsabilidade de financiamento dos programas de reabilitação social.

Investir na pesquisa e na capacitação em saúde mental, os recursos orçamentários previamente determinados para este fim, bem como aqueles originados da reestruturação da atenção psiquiátrica, cabendo às Secretarias Estaduais e Municipais a garantia desta destinação orçamentária.

Viabilizar que os órgãos financiadores de pesquisa dêem prioridade ao financiamento de projetos de investigação na área de saúde mental, comprometidos com as novas propostas assistenciais, visando subsidiar o seu processo de implantação.

Criar instrumentos que redirecionem os recursos destinados à rede manicomial hospitalar contratada ou conveniada em benefício da rede extra-hospitalar, entendida como ações programáticas de saúde mental na rede geral de saúde pública, com unidades básicas de saúde/centros de saúde; centros de convivência, oficinas terapêuticas e cooperativas; unidades ambulatoriais de tratamento intensivo (hospitais-dia, hospitais-noite, centro de atenção psicossocial; núcleo de atenção psicossocial etc.); lares abrigados e oficinas abrigadas (fora dos manicômios); bem como garantir o atendimento em saúde mental e emergências psiquiátricas em hospital geral.

Impedir o financiamento da internação de alcoolistas em hospitais psiquiátricos ou centros especializados, garantindo-se, quando necessário, a internação dos mesmos em hospital geral e assistência global nos serviços de saúde, estimulando-se os grupos de ajuda mútua.

Possibilitar aos serviços de saúde mental regulamentados pela Portaria nº 189/91, do Ministério da Saúde, a captação de recursos da iniciativa privada, através de incentivos fiscais.

Possibilitar o imediato e efetivo repasse de recursos financeiros aos municípios, para a implementação das ações de saúde mental pelas Secretarias Estaduais.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Propor que as Secretarias Estaduais de Saúde, através das Coordenações de Saúde Mental, sejam responsáveis pelo credenciamento de serviços nesta área específica.

Destinar aos Fundos Municipais de Saúde recursos provenientes de multas impostas pela vigilância sanitária dos municípios; para tanto, é fundamental que cada município tenha o seu código sanitário.

Exigir que os recursos públicos auferidos através da apreensão de bens móveis e imóveis, resultado das ações de repressão ao tráfico de drogas, assim como o percentual de recursos da Loteria Federal, sejam destinados aos Fundos Municipais de Saúde.

Capítulo 5 - Gerenciamento

Extinguir o INAMPS.

Implantar e implementar a municipalização da assistência à saúde, criando-se Conselhos de Saúde, respeitando-se a paridade e demais dispositivos legais previstos na criação do SUS, inclusive as peculiaridades da realidade local.

Criar e fortalecer Conselhos Gestores Tripartites em todos os serviços de saúde mental, compostos por 50% dos usuários organizados, 25% dos trabalhadores do serviço e 25% de representantes da administração pública, que deverão avaliar, fiscalizar e acompanhar, de forma deliberativa, o atendimento prestado aos cidadãos.

Garantir que o gerenciamento dos serviços públicos de saúde mental possa ser exercido por profissional pertencente a qualquer categoria da área de saúde, desde que habilitado, com perfil adequado ao modelo antimanicomial e referendado pelos Conselhos Gestores de cada nível de organização.

Impedir a ocupação de cargos de direção e de chefias no serviço público por proprietários ou sócios de estabelecimentos de saúde da rede privada, como determina a Constituição de 1988. Estes cargos deverão ser preenchidos segundo critérios que contemplem a competência técnica para a função, sem privilegiar nenhuma categoria profissional.

Estimular a cooperação entre as prefeituras, visando buscar a integração técnica e financeira e viabilizar a rede de atenção integral em saúde mental.

Estimular a criação de consórcios entre municípios com afinidades econômicas, políticas e culturais, obedecendo as deliberações da IX Conferência Nacional de Saúde. O número de municípios associados deve ser definido conforme as necessidades, possibilidades e realidades locais e regionais.

Viabilizar uma forma de atendimento no SUS em que o referencial de produtividade seja substituído por outro critério que contemple integralmente a quantidade e a qualidade das ações, ampliando a cobertura, a eficiência e a eficácia das atividades de saúde mental.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Garantir a criação de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços, que enfatizem o conhecimento do território, da realidade local e da natureza do cuidado prestado.

Garantir o ingresso no serviço público exclusivamente por concurso público, sob a supervisão dos Conselhos de Saúde, não sendo permitida a contratação de servidores por prestação de serviços, contra-recibo, carta-contrato, nem através de terceiros.

Garantir que sejam submetidas aos Conselhos de Saúde todas as contratações de caráter emergencial e temporárias que se fizerem necessárias.

Lutar pela criação de critérios justos e transparentes para a lotação e remanejamento de profissionais de saúde mental na rede pública, de acordo com as necessidades de cada região.

Garantir à comunidade de usuários o acesso às informações sobre o preenchimento de vagas nos cargos públicos de saúde, através dos Conselhos de Saúde.

Assegurar jornada de trabalho igual entre os profissionais e funcionários de nível elementar, médio e superior dos serviços públicos federais, estaduais e municipais.

Constituir equipes itinerantes que atuem na comunidade, nas áreas urbana e rural, como alternativa para a organização de serviços municipais.

Exigir o redirecionamento e redefinição da política de produção, controle e distribuição de medicamentos, privilegiando e reestruturando a CEME; tendo como base os princípios e diretrizes do SUS, incluindo a descentralização e democratização de sua gestão.

Instar, junto às autoridades responsáveis pela política de saúde, o acesso da população à medicação, meios diagnósticos e tratamentos complementares, em todos os níveis.

Estabelecer pelo SUS e pela Universidade, mecanismos integrados de controle e avaliação permanente dos convênios universitários, com vistas à implantação das novas diretrizes em saúde mental.

Garantir o necessário monitoramento das ações locais de saúde, estimulando a articulação com os níveis regionais e centrais do SUS e a formação de grupos de apoio e assessoria aos trabalhadores de saúde mental.

Promover e efetivar a integração entre os Ministérios da Saúde, Cultura e Educação, com o objetivo de ampliar a ação conjunta e interdisciplinar em saúde mental.

Garantir a preservação do patrimônio público dos hospitais psiquiátricos, por seu caráter histórico-cultural, assegurando sua transformação em áreas de uso Público.

Intervir, desapropriar ou expropriar, através do Poder Público, os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos do SUS. Enquanto não se atingir a necessária meta da estatização, os prestadores e produtores de bens e serviços sofrerão controle em seus procedimentos operacionais e direcionamento em suas ações no campo da saúde, devendo

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

ser regidos por contratos de direito público, garantindo-se o controle dos usuários através de seus segmentos organizados.

Denunciar e impedir as distorções na aplicação das leis já existentes relacionadas ao SUS e, se necessário, utilizar as instâncias jurídicas.

Capítulo 6 - Vigilância

Criar instrumentos para garantir que as instâncias municipais de vigilância epidemiológica contemplem a saúde mental, e que os dados obtidos possam subsidiar o planejamento das ações em saúde.

Exigir a inclusão, nos códigos sanitários municipais, dos princípios básicos de atenção à saúde mental, enfocando o novo modelo assistencial, com vistas à ruptura do modelo hospitalocêntrico.

Incluir nas Leis Orgânicas de Saúde dos municípios a atenção à saúde mental, no que diz respeito a prestação de serviços de vigilância à saúde e controle social. A vigilância deverá ser feita pelas comissões locais de saúde, visando:

- a) incorporação de recursos da própria comunidade e outros do município ou distrito;
- b) abolição da produção e comercialização de todos os medicamentos que forem proibidos em seus países de origem;
- c) criação de mecanismos antimanicomiais de avaliação do serviço, consideradas as realidades locais.

Criar mecanismos de vigilância visando identificar, nos locais de trabalho, os fatores de riscos que levam ao sofrimento psíquico, para que sejam eliminados.

Incluir, nos Mapas de Risco das Empresas, os fatores de risco para a saúde mental: condições inseguras, pressão psicológica, responsabilidades, más condições de trabalho, relações de trabalho, organização do trabalho.

Registrar, em todas as instituições que atendam à saúde do trabalhador, as intercorrências (acidentes do trabalho, licenças-saúde, aposentadorias etc.), com seus efeitos e causas, função do trabalhador, tempo na função, horário da ocorrência no trabalho, jornada e turno, lesão determinada, grau do dano (se definitivo ou não), condições em que ocorreu o acidente ou doença.

Desenvolver ações de vigilância em saúde, pelas unidades de saúde, com participação social (entidades comunitárias, de profissionais etc.), com o objetivo de compreender o processo saúde-doença mental e intervir sobre as condições geradoras de sofrimento, particularmente nas fábricas, escolas, creches, locais de trabalho ou outros locais determinados pela população organizada.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Criar mecanismos de vigilância em saúde mental que permitam acompanhar a trajetória das pessoas nos diversos níveis de atendimento.

Exigir que o Ministério Público e as autoridades sanitárias promovam a fiscalização rigorosa e a vistoria dos estabelecimentos de saúde, para a garantia dos direitos dos doentes mentais.

Assegurar que os serviços de saúde mental desenvolvam ações de vigilância em saúde junto às instituições psiquiátricas, particularmente os hospitais psiquiátricos, os asilos e as casas de repouso, entendendo que são locais de segregação e áreas de risco de vida e à cidadania dos que ali estão internados.

Viabilizar, através das comissões estaduais e municipais de saúde mental ou reforma psiquiátrica, a promoção de vistorias rotineiras nos estabelecimentos ou instituições psiquiátricas sob a administração direta ou indireta ou contrato com o Estado, controlando os tratamentos psiquiátricos dispensados.

Garantir maior fiscalização por parte da vigilância sanitária, com penalidades mais efetivas, para farmácias que vendam medicamentos controlados sem receita médica, incluindo-se os estabelecimentos que vendam substâncias voláteis.

Assegurar que o Ministério da Saúde promova, juntamente com os profissionais de saúde e o Conselho Nacional de Saúde, a revisão da legislação referente aos medicamentos, elaborando um código sanitário específico, que normalize as atividades de pesquisa, produção, conservação e dispensação, com vistas a garantir o acesso universal com qualidade, informação, racionalização e controle de uso.

Capítulo 7 - Dos Trabalhadores de Saúde, da Organização do Trabalho e da Pesquisa

Capacitar pessoal em todos os níveis do SUS.

Desenvolver programas de educação em saúde mental para os trabalhadores do SUS de nível administrativo e de apoio.

Enfatizar temas de saúde e trabalho e de atenção em saúde da criança, para as equipes de saúde dos sistemas locais.

Ampliar/criar residências interdisciplinares em saúde mental, vinculadas às instituições de saúde e consoantes com a Reforma Psiquiátrica.

Desenvolver temas de saúde mental na rede de ensino de 1º e 2º graus, a partir das necessidades regionais.

Proporcionar bolsas de cooperação internacional e nacional, para intercâmbio de experiências entre profissionais dos diferentes níveis do SUS.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Dar prioridade à capacitação do médico generalista para atenção em saúde mental, principalmente em regiões onde a ampliação da equipe não seja viável a curto prazo.

Estimular a criação de grupos de reflexão, onde os profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas.

Garantir uma supervisão capaz de dar conta dos diversos aspectos da prática cotidiana dos serviços de saúde mental substitutivos ao manicômio.

Recomendar à Universidade e demais órgãos formadores:

- a) processar profundas mudanças nas agências formadoras / de trabalhadores de saúde, introduzindo temas de saúde mental sob a ótica de saúde coletiva nos diversos cursos, bem como promovendo a obrigatoriedade de estágios acadêmicos nas redes pública e privada de saúde;
- b) regulamentar o art. 200, inciso III da Constituição Federal, que atribui ao SUS a tarefa de ordenação da formação de trabalhadores de saúde;
- c) desenvolver programas de pós-graduação em saúde mental na perspectiva da saúde coletiva, com a participação da Universidade e secretarias estaduais e municipais de saúde;
- d) criar projetos de extensão que possibilitem a formação de agentes comunitários urbanos e rurais;
- e) efetuar imediata articulação do Conselho Nacional de Saúde com o Conselho Federal de Educação, para discutir a reformulação das atividades universitárias com vistas à real integração com o SUS.

Organização do Trabalho

Garantir, dentro da carga horária contratual, espaço para a atualização, intercâmbio, pesquisa, supervisão de equipe e contato dos profissionais com as suas entidades, no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho.

Avançar no processo de organização dos trabalhadores nos seus locais de atuação, com vistas ao desenvolvimento de ações adequadas ao interesse e organização dos usuários.

Propiciar que as associações populares e profissionais lutem juntas por condições e organização de trabalho adequadas e coerentes com as mudanças na atenção à saúde mental, e direcionadas à construção da cidadania dos pacientes e dos profissionais.

Estabelecer uma política de pessoal que incentive a fixação de profissionais das várias especializadas nas cidades do interior, zonas periféricas, áreas rurais e de difícil acesso.

Buscar que as equipes de saúde estimulem a criatividade e a horizontalidade em laços solidários, proporcionando relações de trabalho que favoreçam a emancipação do campo terapêutico.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Melhorar as condições de trabalho, possibilitando o exercício ético da Profissão.

Criar e implantar imediatamente o Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) em todos os níveis (União, estados e municípios), de caráter abrangente e multiprofissional, com parâmetros nacionais que contemplem a progressão funcional e ascensão na carreira de forma automática e extensiva a todos os trabalhadores, que seja passível de negociação permanente entre o nível contratador e entidade representativa dos trabalhadores (contrato coletivo de trabalho), garantindo-se a isonomia salarial e de carga horária.

Garantir a participação paritária e representativa dos profissionais de saúde na elaboração do Plano de Cargos, Carreira e Salários nos níveis federal, estadual e municipal.

Criar o regime jurídico único, respeitando as autonomias e o já definido na Constituição Federal.

Garantir a remuneração justa, com isonomia salarial, por nível de escolaridade.

Formar e contratar agentes comunitários em saúde, inclusive conselheiros em dependência química - com formação específica ou integrantes de grupos de ajuda mútua - e demais profissionais necessários à operacionalização do novo modelo assistencial - artífices, artesãos, artistas plásticos, professores de ioga e de educação física, monitores de dança, de música e outros.

Assegurar que o perfil da equipe seja definido de acordo com a realidade sócio-sanitária dos sistemas locais de saúde.

Pesquisa

Promover pesquisas no campo de saúde mental, dando prioridade, inicialmente, às investigações epidemiológicas e sócio-antropológicas que revelem um diagnóstico mais apurado da nossa realidade em relação às pessoas portadoras de transtornos mentais e à assistência prestada. Desenvolver pesquisas voltadas à avaliação e à divulgação dos resultados da rede de atenção em saúde mental e dos avanços tecnológicos gerados.

Terceira Parte

DIREITOS E LEGISLAÇÃO

Capítulo 8 - Questões gerais sobre a revisão legal necessária

A atual legislação brasileira aplicável à saúde mental é conflitante com as novas práticas da atenção e da cidadania dos usuários. Algumas recomendações se impõem, visando permitir a necessária e inadiável revisão legal.

a) revogar o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934;

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

b) regulamentar as Leis Orgânicas Municipais no que diz respeito a atenção à Saúde Mental.

Além destas revisões, deve-se:

- estimular os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário a providenciarem a incorporação, na legislação brasileira vigente, dos "Princípios para a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental", da ONU, aprovados em 17/12/91, na legislação brasileira vigente, assim como o seu cumprimento integral em todo o território nacional.

Apoiar as iniciativas de elaboração de projetos de lei estaduais que sejam consoantes com as decisões da II Conferência Nacional de Saúde Mental e fruto de amplas discussões com os diversos setores da sociedade.

Garantir em lei a criação das Comissões de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica, com a participação da população, usuários e familiares, técnicos, entidades sindicais, de classe, jurídicas e formadoras, e demais entidades ligadas aos Conselhos de Saúde.

Assegurar poder de resolução aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde para que impeçam a construção e liberação de alvarás para estabelecimentos psiquiátricos destinados à internação, assim como a proibição da contratação de leitos pelo Poder Público em instituições do gênero, até a consagração de tais princípios através de lei estadual.

Criar diferentes formas de envolver a participação da Defensoria Pública ou Ministério Público nas questões referentes à saúde mental, com a possibilidade de constituição de comissões permanentes.

Buscar que, a partir desta data, 4.12.92, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde assumam como diretrizes de política de saúde mental os princípios contidos no projeto de lei do deputado Paulo Delgado, referente à substituição do tratamento manicomial por outros serviços e à garantia do respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais.

Garantir e regulamentar nas legislações nacionais, estaduais e municipais que, na desativação de leitos em hospitais psiquiátricos públicos, seja assegurada a oferta concomitante de serviços extra-hospitalares compatíveis com as necessidades daquela clientela, respeitadas as características regionais e o direito à assistência, e evitando-se a negligência e o abandono social.

Exigir a aprovação de dispositivos legais que garantam a cidadania do doente mental e proibam o uso de práticas violentas, tais como camisa de força, ECT (eletro-choque), medicação em excesso e psicocirurgias.

Evitar, ao máximo, a internação do doente mental, a qual só deverá ocorrer após esgotados todos os recursos que possam tornar desnecessário tal procedimento.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Assegurar que a internação psiquiátrica involuntária - aquela realizada sem o consentimento expresso do paciente em qualquer serviço de saúde ou recurso psiquiátrico - seja comunicada ao Ministério Público, à autoridade sanitária e ao Conselho Local de Saúde (através da Comissão de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica), no prazo de 48 horas. Deverá ser composta uma comissão interdisciplinar capaz de avaliar os diversos tipos de internação e procedimentos posteriores de proteção ao usuário, congregando representantes da administração pública, de entidades profissionais, de usuários e da sociedade civil, e que se pronuncie sobre a necessidade e legalidade da internação.

Revisar a legislação no sentido de que a responsabilidade última sobre o paciente recaia sobre:

- a) os proprietários - ou a administração do hospital, em segunda instância;
- b) sobre toda a equipe multidisciplinar envolvida no processo terapêutico (incluindo internação, alta e perícia);
- c) se houver erro, dano ou omissão, apurados em processo administrativo, os mesmos sofrerão as penalidades aplicáveis, sem prejuízos de eventuais processos judiciais e indenizatórios relativos ao paciente ou à família.

Assegurar ao portador de transtorno ou deficiência mental os mesmos benefícios concedidos e garantidos, pela Constituição de 1988, aos deficientes físicos.

Criar, no Ministério da Saúde, uma Comissão de Proteção dos Direitos de Cidadania da Criança e do Adolescente portadores de sofrimento mental, tendo como base o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Criar mecanismos de pressão, junto ao Senado, para aprovação imediata do projeto de lei do deputado federal Paulo Delgado, dada a sua importância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no país.

Promover seminários específicos para aprofundamento das questões legais, com os vários segmentos da sociedade.

Propor a exclusão da propaganda, direta ou indireta, de medicamentos nos meios de comunicação, exceto em publicação técnica especializada, com rigor na descrição da medicação.

Capítulo 9 - Direitos civis e cidadania

Exigir, da autoridade que restringir limites aos direitos individuais do cidadão, que, automaticamente, garanta a satisfação de necessidades compatíveis com a vida e dignidade desse indivíduo.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Encaminhar ao Congresso Nacional a proposição de emenda ao Código Civil, suprimindo a expressão "Loucos de todo o gênero", entre os "incapazes para os atos da vida civil" (art. 5º do Código Civil em vigor).

Criar Comissões de Divulgação, ao nível dos Municípios, para difundir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, desmistificarem a loucura e a periculosidade, bem como desenvolver ações de proteção à saúde mental.

Garantir a participação, nos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, de entidades de defesa dos direitos humanos.

Estimular a criação de grupos não-governamentais especializados em questões jurídicas, para trabalharem nos aspectos teóricos, políticos e práticos envolvendo a defesa da cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Garantir assessoria jurídica, pelo Poder Público, aos usuários dos serviços de saúde mental, para assuntos pertinentes à sua cidadania, especialmente nos casos de interdição e tutela.

Rever a legislação concernente à tutela e curatela, no sentido de garantir os direitos de cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais, iniciando-se tal processo de revisão pela constituição de Comissão de Estudos, coordenada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Promover encontros entre as Secretarias de Saúde e Justiça, visando discutir os direitos civis e trabalhistas das pessoas, internas ou não, hoje consideradas tuteladas.

Estabelecer instância de revisão obrigatória para todos os casos de interdição civil, com a participação de diferentes segmentos da sociedade civil.

Desenvolver estudos, através da referida Comissão, que avaliem as mudanças possíveis na legislação civil, de modo a permitir a atenuação dos dispositivos de interdição, permitindo a interdição parcial e impedindo a incapacitação absoluta.

Exigir do Estado a atenção integral aos pacientes asilares (assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e que se encontram ao desamparo e dependendo do Estado para a sua manutenção) devendo-se, sempre que possível, integrá-los à sociedade através de políticas comuns com a comunidade.

Exigir que as internações psiquiátricas indicadas ou recomendadas por autoridades judiciárias sejam submetidas a avaliação por equipe multidisciplinar de saúde mental, podendo haver recurso da decisão do juiz.

Criar normas, leis e regulamentos que exijam das instituições prestadoras de serviços de saúde a garantia de respeito aos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos. Caberá aos Órgãos Públicos, especialmente ao Ministério Público e às autoridades sanitárias e Conselhos de Saúde, a fiscalização e vistoria desses estabelecimentos para a garantia de tais direitos.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Garantir à pessoa portadora de transtornos mentais autonomia de decisões e a possibilidade de se vincular a associações, visando o resgate de sua cidadania, quando esta lhe é juridicamente negada.

Responsabilizar a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde para, através da constituição de uma comissão jurídica, encaminhar as decisões deliberadas por esta Conferência, no que diz respeito às revisões legislativas/jurídicas.

Extinguir todos os dispositivos legais que atribuem periculosidade ao doente mental.

Propor, junto ao Ministério da Justiça, a extinção dos manicômios judiciários ("hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico"), de maneira lenta e gradual, semelhante àquela proposta para os hospitais psiquiátricos, devendo ser substituídos por modelos alternativos que possibilitem o cumprimento das medidas de segurança impostas e o recebimento de um tratamento humano e reabilitador.

Criar Comissões de Estudo para a revisão da legislação referente a inimputabilidade e imputabilidade jurídico-criminal do doente mental. Os conceitos médicos contidos nas leis atuais, principalmente nos códigos civil e penal, tais como a inimputabilidade e imputabilidade, a nulidade dos atos civis praticados pelos loucos e, particularmente, o conceito de periculosidade, necessitam ser revistos e substituídos por conceitos mais adequados, uma vez que estes e outros elementos derivam do referencial teórico lombrosiano, na atualidade plenamente refutado.

Realizar programas especiais junto às instituições penitenciárias, visando minorar o sofrimento psíquico dos encarcerados, dado que se observa o surgimento de uma crescente sintomatologia de doença mental após o terceiro ano de prisão. Estes programas podem ser desenvolvidos através da recuperação da função e treinamento adequado em saúde mental do monitor penitenciário-técnico previsto para trabalhar com os internos no sistema penitenciário, mas, na maioria dos casos, desviado de suas funções para exercer atividades burocráticas.

Garantir a reinserção social das pessoas liberadas de instituições psiquiátricas forenses, sendo repudiada a transferência das mesmas para hospitais psiquiátricos, devendo-se lançar mão das alternativas de atenção integral à saúde mental.

Atribuir à equipe interdisciplinar os encaminhamentos de pacientes aos hospitais de custódia e tratamento. Exigir da Comissão de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica atuação nos casos de custódia

Recomendar que técnicos de saúde mental e juristas estabeleçam mecanismos que propiciem um novo entendimento sobre a natureza jurídica de tais problemas contidos no Código Penal.

Propor, junto ao Poder Judiciário, a expansão da prática de cumprimento de penas na forma de prestação de trabalhos à comunidade, nos casos previstos em lei.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Promover a articulação da Comissão que fiscalizará as ações de saúde mental nos manicômios judiciários (hospitais de custódia e tratamento) com as Comissões de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica, que deverão ser constituídas em todos os estados.

Assegurar que o não cumprimento da lei, pelo Poder Executivo, no que se refere à saúde, chamado crime de responsabilidade -, tenha sentença jurídica imediata.

Capítulo 10 - Direitos Trabalhistas

Criar mecanismos de contratação, pelos órgãos públicos, de serviços de pessoas portadoras de transtornos mentais e de deficiências, preferencialmente através de cooperativas e associações.

Assegurar que os exames de sanidade física e mental não sejam, por lei, instrumentos de exclusão da vida produtiva.

Inserir os seguintes itens em uma nova Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e no estatuto dos funcionários públicos municipais, estaduais e federais:

- a) diminuição do tempo de exposição dos trabalhadores às condições de fadiga e tensão psíquica, através da diminuição das jornadas de trabalho e do aumento do período de tempo livre (folgas e férias), de acordo com a natureza das atividades;
- b) períodos de descanso durante a jornada cotidiana, destinados também a permitir a preservação da atividade mental autônoma. Tais intervalos deverão ser em número e duração suficientes para tais finalidades, em conformidade com as necessidades determinadas pela carga de trabalho exigida em cada posto, evitando as patologias do tipo Lesões por Esforços Repetidos (LER);
- c) em se tratando de atividades reconhecidas como especialmente desgastantes do ponto de vista psíquico, diversificar estas atividades;
- d) para a prevenção da fadiga mental será obrigatória, sempre que solicitada pelos trabalhadores - através de seus sindicatos, comissões de fábricas, Comitê de Saúde ou Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) - a formação de grupos de avaliação dos condicionantes de fadiga e de tensão psíquica. Tais grupos deverão ser constituídos, paritariamente, por técnicos especializados e trabalhadores do local, devendo, necessariamente, ao final dos estudos, formular sugestões para modificações - cuja implantação deverá ser acompanhada pelos trabalhadores, em todas as suas etapas;
- e) os prazos e as alternativas de modificação das condições organizacionais e ambientais deverão ser objeto de negociação entre empresas e trabalhadores;
- f) a duração normal do trabalho, para os empregados que trabalham em regime de turnos alternados e para os que trabalham em horário fixo noturno, não poderá exceder 35 horas semanais;

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

g) a preservação do emprego aos trabalhadores alcoolistas, drogaditos e portadores de transtornos mentais deve ser assegurada com garantia de estabilidade no emprego por 12 meses após o retorno ao trabalho, penalizando-se as empresas e empregadores que desrespeitarem a lei e garantindo-se que nenhuma outra dependência cause exclusão do trabalho.

Além disso, deve-se:

- a) defender a criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com equipes de saúde mental, para interferir em situações em que o processo de trabalho seja considerado alienante e produtor do sofrimento psíquico;
- b) criar no nível ministerial (Saúde e Trabalho) uma área de saúde mental do trabalhador, criando canais (CIPAS e outros) de pesquisa, intervenção, cidadania e de seguridade;
- c) reconhecer as doenças mentais como doença profissional, sempre que haja comprovação de que a atividade laborativa contribuiu para o surgimento de transtornos mentais;
- d) assegurar que as empresas que, por algum motivo, tenham causado algum mal psíquico aos seus funcionários dêem total assistência à saúde do trabalhador, indenizando e garantindo o emprego na forma da lei.

Capítulo 11 - Drogas e Legislação

Assegurar que seja discriminizado o usuário e dependente de drogas, não cabendo procedimentos penais, mas sim encaminhamento para assistência à saúde.

Apoiar a proposta do CONFEN, que descriminaliza o dependente de droga perante a lei.

Garantir o acesso e a permanência nas escolas, de todos os níveis, dos usuários e/ou dependentes de substâncias psicoativas.

Propor a suspensão da tramitação do projeto de lei nº 1.873/ 92, do deputado Elias Murad, que trata do uso e tráfico de drogas, até que seja amplamente discutido pela sociedade organizada.

Promover campanhas de saúde pública para combater o alcoolismo, prioritariamente desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. O financiamento destas campanhas poderia ter como fonte de recursos os impostos arrecadados decorrentes da produção e comercialização de bebidas alcólicas.

Proibir a veiculação de propaganda direta ou indireta nos meios de comunicação de:

- a) fumo, álcool e agrotóxicos;
- b) medicamentos, exceto em publicações técnicas e especializadas

Modificar o art. 16 do Código Penal referente ao alcoolista e drogadito, visando contemplar o seu tratamento e reabilitação, mantendo as penalidades ao traficante.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Atuar junto aos conselhos fiscalizadores do exercício profissional, no sentido de que fiscalizem efetivamente e proponham programas de educação continuada que orientem os profissionais quanto ao risco de prescrição abusiva de medicamentos que causam dependência, tais como tranqüilizantes, anorexígenos, antitussígenos e anticonvulsivantes.

Recomendar que, nos vasilhames das bebidas alcoólicas, seja registrada a seguinte frase: "O Ministério da Saúde adverte: beber faz mal à saúde".

Garantir que as informações sobre o controle de psicotrópicos sejam enviados periodicamente aos Conselhos de Saúde, para que estes façam o acompanhamento da situação de prescrição, uso e abuso deste tipo de medicamento, em cada nível de gestão (federal, estadual e municipal).

Coibir a distribuição de medicamentos, incluindo-se os psicofármacos, como instrumento de campanha eleitoral e outros usos políticos, de profissionais ligados à saúde ou não, devendo os implicados responder por crime de responsabilidade.

Buscar que também sejam reconhecidas as drogas ditas lícitas como causa de adoecimento psíquico (álcool, tabaco, tranqüilizantes e outros).

Criar programas específicos para o tratamento de alcoolistas e demais dependentes químicos, a serem prestados por equipes capacitadas, constituídas por profissionais de nível superior e por agentes de saúde, tanto no nível ambulatorial quanto nas unidades de internação.

Restringir a experimentação de psicotrópicos às instituições universitárias, dentro de critérios rigorosos, que levem em conta o risco de vida e a autorização do paciente.

Capítulo 12 - Direitos dos Usuários

Elaborar a Carta de Direitos dos Usuários no Brasil, aprovada como pacto entre as entidades civis, movimentos sociais e associações implicadas.

Garantir que os usuários de saúde mental tenham direito ao alojamento conjunto com outros grupos, quando da realização de eventos, não promovendo assim a segregação.

Criar mecanismos que possibilitem aos usuários lutar por direitos já conquistados pela sociedade, como os direitos do consumidor.

Destinar recursos dos conselhos profissionais, municipais e estaduais de saúde para campanhas de divulgação dos direitos do usuário.

Atribuir às comissões estaduais e municipais de saúde mental ou de reforma psiquiátrica a responsabilidade de acionar o Ministério Público, quando da evidência de maus tratos aos usuários dos serviços ou em caso de internação irregular ou ilegal.

Formar conselhos comunitários, com a cooperação do Ministério Público, que terão por função principal assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos usuários.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Garantir ao usuário, conselhos profissionais e sociedade civil organizada, o livre acesso a unidades de internação, às instalações dos serviços e aos clientes internados em hospitais ou em outros espaços de atenção.

Estimular que os conselhos profissionais sejam, na sua função de fiscalizadores do exercício da profissão, facilitadores do exercício da socialização do saber.

Assegurar, aos atuais moradores dos hospitais psiquiátricos, o direito de escolherem sobre a sua permanência ou não nestes locais, quando de sua extinção. Providências devem ser tomadas no sentido de oferecer condições dignas e legais àqueles que desejarem residir no local.

Implantar novas práticas sociais em saúde com a clientela internada por períodos prolongados, através de programas multidisciplinares que visem ao resgate dos elos familiares e, principalmente, à ressocialização, entendida como o direito à cidadania e às condições humanas de vida e de tratamento; concomitantemente, devem ser adotados procedimentos que evitem a cronificação de outras pessoas.

Propiciar ao paciente internado por períodos prolongados, já desospitalizado, a oportunidade de desenvolver suas potencialidades manuais, artísticas, esportivas, entre outras, com a criação e funcionamento constante de oficinas, com profissionais capacitados para o seu atendimento e de seus familiares, propiciando sua reinserção familiar e social.

Garantir a reinserção social das pessoas liberadas de instituições psiquiátricas forenses, sendo repudiada sua transferência para hospitais psiquiátricos; caberá ao Estado providenciar alternativas, na comunidade, que possibilitem seu acompanhamento e atenção integral.

Garantir ao paciente o direito ao tratamento, o direito de não se submeter ao tratamento, o direito a ser ouvido e o direito ao segredo profissional.

Assegurar que a decisão sobre o diagnóstico, tratamento e regime de tratamento seja de responsabilidade da equipe multiprofissional.

Assegurar o direito do cliente, familiares ou entidades civis de questionar as decisões do item anterior.

Garantir ao cliente, à família ou ao responsável, o acesso ao prontuário e diagnóstico, assim como informações acerca do estado e prognóstico do paciente, de forma clara e objetiva, inclusive sobre o tratamento realizado, possíveis efeitos colaterais dos medicamentos prescritos e dosagens dos mesmos, para maior discernimento dos sintomas causados pela medicação em relação àqueles próprios da doença.

Assegurar que os procedimentos terapêuticos sejam submetidos ao consentimento informado do paciente, de forma a garantir o seu poder de expressão e decisão sobre o tratamento indicado, exceto quando:

- a) o paciente for involuntário com permissão legal;

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

- b) na ausência de um representante pessoal designado por lei, uma autoridade independente, devidamente informada, estiver convencida da incapacidade do usuário para recusar o tratamento ou de que o plano de tratamento proposto atende às necessidades de saúde do usuário;
- c) o representante pessoal designado por lei, devidamente informado, consentir em nome do usuário.

O usuário deverá expressar concordância em relação ao tratamento e à internação, quando necessário.

Garantir, à pessoa internada, possibilidades de visitas diárias de familiares e de amigos, bem como o direito de optar pelo recebimento de visitas, receber correspondências e ter acesso à imprensa.

Garantir que os hospitais gerais e especializados possam ser abertos, de modo que toda a internação realizada possa contar com a participação de acompanhante-participante (familiar, amigo), durante 24 horas por dia.

Proibir a retirada dos pertences pessoais e documentos dos pacientes internados em qualquer serviço de saúde mental.

Possibilitar que os doentes mentais possam reivindicar o direito à indenização dos hospitais, por danos materiais, morais, intelectuais, psicológicos, sociais e/ou físicos, sofridos em decorrência de internações ou tratamento inadequado.

Assegurar que os seguros-saúde cubram a área de saúde mental.

Indenizar devidamente as famílias com filhos portadores de deficiência mental, decorrente de má assistência ao parto.

Impedir que a esterilização seja realizada a título de tratamento mental, e garantir que a psicocirurgia e outros tratamentos invasivos e irreversíveis para transtornos mentais jamais sejam realizados em um paciente que esteja involuntariamente em um estabelecimento de saúde mental e que, na medida que a legislação nacional permita a sua realização, somente sejam realizados em qualquer outro tipo de usuário quando este tiver dado o seu consentimento informado e um corpo de profissionais externo estiver convencido de que houve genuinamente um consentimento, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

Promover a formação de equipes especialmente treinadas para a remoção de pacientes em crise, garantindo o respeito e a segurança no transporte, e que este se faça em ambulâncias devidamente equipadas.

Proibir, a partir desta Conferência, a internação de alcoolistas em todos os hospitais psiquiátricos, garantindo-se:

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

- a) que quando necessário, a internação deverá se dar em hospital geral, em enfermaria clínica geral para desintoxicação ou centros especializados em alcoolismo;
- b) assistência global nos serviços territoriais de saúde;
- c) alternativa de tratá-los em grupos de auto-ajuda (AA., outros).

Exceto nas situações previstas nos parágrafos 12, 13, 14 e 15 da Carta de Resolução da ONU, referente à Proteção das Pessoas com Enfermidade Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, o tratamento também poderá ser administrado a qualquer usuário sem o seu consentimento informado, se um profissional de saúde mental qualificado e autorizado por lei determinar que é urgentemente necessário, a fim de se evitar dano imediato ou iminente ao usuário ou a outras pessoas. Tal tratamento não será prolongado além do período estritamente necessário a esse propósito.

Um procedimento médico ou cirúrgico de magnitude somente poderá ser realizado em uma pessoa acometida de transtorno mental quando permitido pela legislação nacional, se considerar que atende melhor às necessidades de saúde do usuário e tiver recebido o seu consentimento informado, salvo se o usuário estiver incapacitado para dar esse consentimento, quando o procedimento será autorizado somente após um exame independente.

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

As exigências jurídicos-legais da divulgação da patologia de um paciente em laudos, atestados e similares devem ser abolidas, garantindo-se a reserva e sigilo aos familiares e usuários.

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

**COMISSÃO ORGANIZADORA DA
II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

INSTITUIÇÃO/ REPRESENTAÇÃO

REPRESENTANTE/ENTIDADE

Ministério da Saúde

Eliane Maria Fleury Seidl
Domingos Sávio do Nascimento Alves
- Coordenação de Saúde Mental

**Secretarias Estaduais de Saúde/
CONASS**

Antônia Brandão Cipola - SP - Sudeste
Antônio de Almeida Miranda - GO - Centro-Oeste
Antônio Quinto Neto - RS - Sul
Benedito Paulo Bezerra - PA- Norte
Nilson de Moura Fé - CE - Nordeste 1
Volusi Rocha Ugá Câmara - AL - Nordeste 2

**Secretarias Municipais de Saúde/
CONASEMS**

Cássia Guimarães Costa - João Monlevade- MG
Euzébio Finkler- Novo Hamburgo - RS.
Flávio Resmini - São Lourenço do Sul - RS
Nacile Daud Júnior - São Paulo - SP
Roberto Tikanori Kinoshita - Santos - SP

**Usuários e Familiares dos
Serviços de Saúde Mental**

José Adão Pinto - SOS Saúde Mental -SP
Maria das Graças Fernandes - SOSINTRA - RJ

Prestadores Privados de Serviços

Milton Marques Medeiros - Fed. Bras. de Hospitais
Sílio Andrade - Federação Bras. de Hospitais

Movimentos Sociais da Área de Saúde Mental

Anna Atanázio Oliveira
Pedro Gabriel G. Delgado - Articulação Nacional Luta
Anti-Manicomial

Plenária Nacional de Entidades de Saúde

Mary Francis de Ávila - Sindicato dos Médicos
Sandra Sales Fagundes - Conselho Fed. de Psicologia

Associação de Classe: Organização Nacional

William Dunningham - Assoc. Bras. de Psiquiatria

Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Coordenador da Comissão Organizadora

da II Conferência Nacional de Saúde Mental

Domingos Sávio do N. Alves

Comitê Executivo

Domingos Sávio do N. Alves

Maria das Graças Fernandes

Mary Francis de Ávila

Nilson de Moura Fé

Nacile Daud Júnior

Pedro Gabriel G. Delgado

Sílvia Andrade

COMISSÃO DE RELATORIA DA II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Carmem Oliveira

Mary Francis de Ávila

Pedro Gabriel G. Delgado

Roberto Tikanori Kinoshita

Sandra Sales Fagundes

Suzana Robortella

Tarcísio de Almeida Pimentel

Williams Valentini

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

23 a 26 set/93

- O Encontro Nacional da Luta Antimanicomial e a I Feira Nacional de Experiências e Produções Antimanicomias foram promovidos pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, através dos seus núcleos e agrupamentos no país.
- Realizado e Coordenado pelo Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios Bahia.
- Patrocinado pelo Fundo Nacional de Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental Cosam - Ministério da Saúde, em convênio com o Conselho Federal de Psicologia. Apoiado financeiramente pelo Conselho Federal de Medicina, de Farmácia e de Biologia.
- Apoiado pela Diretoria Regional do Serviço Social do Comércio/ SESC-Bahia e pela Prefeitura Municipal de Salvador, através da Secretaria Municipal de Saúde.

APRESENTAÇÃO

A INSUSTENTÁVEL LEVEZA DE SER...

Ao assumirmos o compromisso de organização do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial e da I Feira Nacional de Experiências e Produções Antimanicomiais, aqui em Salvador, nós do Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios, tínhamos claro estarmos diante de um desafio. Na medida em que o evento ia sendo construído, através de reuniões de um coletivo nacional (que variava de uma reunião para outra), e se explicitavam o conjunto de expectativas em relação ao seu formato, sentíamos aumentar esta responsabilidade.

Afinal, como garantir, ao mesmo tempo, descontração, informalidade, qualidade na convivência, prazer e alegria com as necessidades de organização, trabalho, produção, enfrentamento de divergências, dando conta de um conjunto de objetivos que envolviam densas e problemáticas discussões?

E foi esta intenção de reinventar a idéia de Encontro, para longe dos ranços burocráticos, dos formalismos tradicionalistas, garantindo ao mesmo tempo, a qualidade dos trabalhos que buscamos imprimir, em todos os detalhes de preparação do evento.

E o nosso encontro foi um sucesso! De público e de crítica... Durante 04 dias, com 480 participantes inscritos, representando 18 estados da Federação, com a presença de 25% deste total de usuários e familiares, todos os objetivos puderam ser atingidos.

Decisões relativas à organização do movimento foram democraticamente tomadas; as reflexões sobre os temas mais significativos para a nossa causa se estabeleceram.

A região Nordeste pôde integrar-se, trazendo suas contribuições para o debate nacional. E teve a Feira, com toda a diversidade dos trabalhos que hoje realizamos. E teve teatro, música, dança, reunião de parlamentares, reunião de usuários (que marcaram novo evento para discutir uma Carta de Direitos em Santos); teve a reunião Latino-Americana da Luta Antimanicomial, teve a Carta de Piaçã, teve praia antes das 09:30 da manhã, teve a plenária no circo, teve sol, teve coqueiros e muita saúde mental.

Para nós, mais um desafio foi vencido. O movimento antimanicomial saiu mais fortalecido, mais confiante na nossa capacidade de reinventarmos a vida, e entre outras coisas, contribuímos, com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Este caderno que ora lhe entregamos, com todas as inevitáveis lacunas, fica como um registro. Registro desta vitalidade, deste novo tipo de competência tão urgente para nós que escolhemos fazer do encontro cotidiano com a desordem e o imprevisível um jeito emocionante de viver...

Núcleo de Estudos Pela Superação dos Manicômios/Bahia

Edna Amado Nonato

Marcus Vinícius de Oliveira Silva

Vilena Gomes

CARTA DE PIATÃ

“BRASIL SEM MANICÔMIOS NO ANO 2000”

Seis anos após ao já histórico Congresso de Baurú, estamos reunidos em Salvador, em um fórum, agora nosso, democrático, independente, autônomo e com ampla inserção social.

Compomos hoje um coletivo, onde as várias vozes, dos diversos segmentos da sociedade ecoam em uníssono: "Por uma sociedade sem manicômios!"

Usuários, técnicos e familiares, fizemos da luta contra a exclusão uma tarefa comum.

Inicialmente empunhada pelo setor profissional, esta bandeira, instituidora da Luta Antimanicomial, possibilitou o norteamento de um conjunto de ações fecundas cujos resultados podemos hoje reunidos apreciar.

Afinal são inúmeros cidadãos, outrora condenados aos círculos viciosos dos hospícios, que já podem experimentar as suas crises em um contexto marcado pela dignidade, pelo respeito e pela cidadania.

Espalhados pelo Brasil quase uma centena de novos serviços de saúde mental animados a partir dos conceitos básicos do nosso movimento, inventam novas possibilidades de relacionamento do humano com a desordem e o imprevisível.

A partir da nossa iniciativa de proposição de um projeto de Lei Federal assinado pelo deputado Paulo Delgado (PT-MG), produzimos um vigoroso movimento legislativo que conta hoje com 3 leis estaduais antimanicomiais já aprovadas (RS-CE-DF) e 7 projetos em tramitação (RJ-SP-MG-SC-RN-PE-PR), e um projeto de lei municipal (RG-RS).

A cada ano crescem em qualidade e quantidade as manifestações político-culturais alusivas ao 18 de Maio - Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Tomando as ruas, empolgamos a sociedade fazendo-a refletir criticamente sobre os altos custos que ela impõe através dos manicômios, aos que sofrem mentalmente.

Intervindo na Conferência Nacional de Saúde Mental fizemos das nossas idéias uma proposta para as políticas oficiais do setor.

No campo teórico produzimos uma ampla literatura, que propicia a transmissão do conhecimento produzido pelo movimento, capacitando uma nova geração de profissionais de Saúde Mental de novo tipo.

Comemorando as nossas conquistas enfrentamos hoje o desafio da nossa própria organização. Entendemos que a garantia da continuidade e o avanço deste processo depende da nossa capacidade de garantir a natureza pluralista, democrática e solidária do movimento, potencializando ainda mais as nossas ações.

BRASIL, SEM MANICÔMIOS NO ANO 2000! Esta é tarefa a qual, a partir de agora, passamos a nos dedicar.

A convicção da possibilidade de uma ética libertária para as relações entre sociedade e loucura, adquirida ao longo dos últimos 6 anos da nossa trajetória, constitui-se no patrimônio que sustenta um aprofundamento na radicalidade de nossa intervenção.

Queremos hoje concretizar a nossa própria utopia da sociedade sem manicômios. Queremos o ano 2000 sem manicômios no Brasil!

Plenária Final - Salvador 26/09/93

PARTE I

RELATÓRIO DOS TRABALHOS DOS GRUPOS

A) TEMA COMUM:

“O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL, ENQUANTO UM MOVIMENTO SOCIAL” - A relação com os movimentos sociais - Eixos de Luta e Identidade do Movimento. Organização Nacional do Movimento.

B) TEMAS ESPECÍFICOS

1. A tragédia nacional e a produção social do sofrimento.
2. A invenção da assistência: Impasses e possibilidades na construção das práticas antimanicomiais.
3. Luta antimanicomial e intervenção cultural: A cultura como alvo e a cultura como meio.
4. Legislação Psiquiátrica: A (re)construção dos direitos pela via legal.
5. A luta antimanicomial e as instituições estatais: Autonomia, contradições, parcerias e ambigüidades.

C) ANEXOS

Obs: O tema comum foi objeto de deliberação na Plenária Final do Encontro. Os temas específicos foram produzidos nos grupos de trabalho e representam indicações das idéias discutidas hoje no interior do movimento.

RELATÓRIO DO TEMA COMUM:

**“O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL,
ENQUANTO UM MOVIMENTO SOCIAL”**

O movimento da Luta Antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo, que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento nestas articulações para sua maior legitimidade na sociedade, não somente pela via de instrumentalização de informações, subsídios; mas através de novas formas, novos espaços de reflexões e de avanços, para que a sociedade se aproprie desta luta.

Sua representação nos Conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas das formas de se garantir este fortalecimento.

Na sua trajetória este movimento tem avançado da posição de um movimento de características de "Trabalhadores de Saúde Mental" (do congresso de Baurú), para um movimento social mais amplo, saindo de um caráter meramente teórico e técnico, para uma intervenção política na sociedade.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Como movimento social e político ele nos aponta para alianças possíveis, e para uma ética que deve regê-lo, que tem uma identidade clara com a luta contra todas as formas de opressão. Por se tratar de movimento pleno de diversidades, não reconhece a existência de regras e formas prontas. Assim ele pode produzir efeitos tanto para "dentro" como para "fora" da "oficialidade", com diferentes níveis de aprofundamento a cada situação.

Identificamos que o nosso movimento tem apresentado dificuldades de parcerias com alguns setores dos movimentos sindical e sanitaria, devido a visões corporativistas, normativas, que deverão ser superadas. Estas dificuldades se apresentam também com os setores representativos de famílias e usuários, necessitando por isso o desenvolvimento de um esforço prioritário de diálogo com estes setores com vistas a conquistar sua adesão ao movimento.

Outra questão que se apresenta no movimento, diz respeito as nossas dificuldades de convivência com as diferenças - principalmente com os usuários - na conquista da cidadania e na construção do movimento enquanto movimento social.

Isto se torna evidente quando emerge a discussão acerca do uso feito entre nós do termo "usuário", que traz em si, ainda, características rotuladoras e que deve ser questionado no sentido de que ele restringe a plenitude dos sujeitos, como se eles somente usassem o serviço e não pudessem ter uma identidade própria e melhor definida como pessoas que participam ativamente na sociedade.

EIXOS DE LUTA:

- Comitê tirado nesse encontro, com objetivo de cadastrar, intercambiar, socializar as informações com agilidade para sustentar o movimento com caráter coletivo e nacional, através de jornais, revistas e boletins, etc. Também para contribuir na organização do movimento dos usuários.
- Campanhas da Luta Antimanicomial, na mídia.
- Capacitação de recursos humanos através de cursos, especializações, etc.
- Intercâmbios entre os municípios, estados e a nível internacional.
- Apoio ao enfrentamento contra a miséria, exclusão, sofrimento.
- Confrontação aos dispositivos políticos que mantêm os hospitais psiquiátricos.
- Articulação do movimento da Luta Antimanicomial no sentido de fortalecer os movimentos de familiares que se criam dentro do movimento, facilitando a sua interlocução com outros familiares e contrapondo-se com organizações que apoiam às intenções manicomiais e o ganho financeiro através deste modelo assistencial.
- Legitimação pelo movimento da Luta Antimanicomial na conquista do fechamento da Casa de Saúde Anchieta, realizando ampla divulgação e com maior participação possível do movimento.
- Sugestão da participação do movimento através de delegados dos seus núcleos no encontro da Pró-Central dos Movimentos Populares em Belo Horizonte, Minas Gerais, em 28/10/93.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

- Aprofundar a discussão sobre a gestão popular enquanto alternativa à gestão pública ou privada das práticas em saúde mental.
- Envolver, através de diversas estratégias, outros Conselhos profissionais como aliados.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DO MOVIMENTO

A organização nacional do movimento antimanicomial será feita através de encontros sistemáticos a cada dois anos. Neste intervalo haverá plenárias de seis em seis meses com a participação dos Núcleos que se credenciem como aderentes ao movimento.

A organização nacional do Movimento será na forma de uma rede, compondo-se de pessoas, grupos, experiências, movimentos e instituições, respeitando-se a autonomia de cada estado em sua forma própria de organização.

A organização nacional será coordenada por um secretaria, que se localizará em um dos seus núcleos, de forma alternada, bianualmente, sendo responsável pela convocação do Encontro Nacional das plenárias semestrais e pela arrecadação financeira junto aos núcleos que será de 50 (cinquenta) dólares semestrais, por núcleo. O caráter das plenárias será de atualização política e financeira do movimento. As grandes decisões serão encaminhadas para os encontros nacionais que ocorrerão a cada dois anos.

A organização nacional não se constituirá como entidade civil podendo ter este caráter enquanto forma de organização estadual ou local.

Estas definições organizativas assumidas neste encontro não significam o esgotamento desta discussão evidenciando-se a existência de diferentes concepções organizativas no interior do movimento. Entre as preocupações explicitadas no debate dos grupos estiveram estas:

- afirmação da necessidade de uma coordenação;
- risco da coordenação representar uma tendência hegemônica;
- necessidade de uma organização que viabilize o intercâmbio entre os Núcleos;
- possibilidade do movimento ser institucionalizado e tutelado;
- manutenção do seu funcionamento coerente com seu processo histórico privilegiando uma estrutura horizontal;
- prematuridade de uma organização formal que organize o seu funcionamento através da criação de grupos de trabalhos temáticos.

Garantida a autonomia do movimento poderemos buscar junto aos segmentos organizados e comprometidos com a defesa da cidadania apoio inclusive financeiro de reconhecimento e fortalecimento da luta antimanicomial.

RELATÓRIO DO TEMA 01:
A TRAGÉDIA NACIONAL E A
PRODUÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO

A partir da análise da situação social, política e econômica brasileira que se configura como produtora de grandes sofrimentos, entre eles o psíquico, levantamos as seguintes reflexões acerca do posicionamento do movimento, frente a tal realidade:

- Inserir a questão da saúde mental em todos os movimentos sociais, sindicais, conselhos representativos, etc, uma vez que esta discussão extrapola o binômio saúde-doença. O movimento de saúde mental caminhará para o exercício pleno de todos através da articulação com estes movimentos.
- Tendo em vista que a produção de sofrimento psíquico sofre influências históricas, sociais e culturais, acirradas em nossa sociedade capitalista pela relação do homem com o trabalho; é preciso estarmos atentos a estas raízes na elaboração de propostas de intervenção, respeitando a singularidade das situações. Neste modelo de produção, os usuários são excluídos deste processo e, conseqüentemente, marginalizados.
- Consideramos de extrema importância o engajamento dos usuários no sentido de se apropriarem desta luta, levando as discussões e promovendo transformações em seu cotidiano.

Obs.: Na plenária final observou-se a necessidade de que esta discussão fosse retomada pelo movimento em outras oportunidades, de forma melhor preparada.

RELATÓRIO DO TEMA 02
(SÍNTESE DOS 2 GRUPOS)
A INVENÇÃO DA ASSISTÊNCIA:
IMPASSES E POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO
DAS PRÁTICAS ANTIMANICOMIAIS

INTRODUÇÃO

O fazer clínico deve ser pensado como um ato político, na medida em que identifica a questão do sujeito na construção das alternativas assistenciais e implica em descobrirmos qual o norte em nossas discussões e nas formas de tratamento. O que será, então, a invenção na clínica?

Sabe-se que o modelo terapêutico de instituição até hoje preconizado só produzia efeitos através das práticas clínicas. No entanto, hoje se reconhece a necessidade de se considerar a complexidade das relações sociais, políticas, econômicas e peculiaridades da condição humana como forma de construir múltiplas e criativas possibilidades de assistência em saúde mental.

Assim, problematizamos a clínica. O discurso de que é possível satisfazer a demanda através de um único tipo de assistência já se esgotou.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

É preciso considerar a responsabilidade ética dos trabalhadores de saúde mental quanto à expectativa no atendimento, bem como quanto a sua ação profissional que pode representar, ou não, um favorecimento à cronificação.

É importante considerar os marcos conceituais de assistência utilizados na organização dos serviços e aprofundar os conceitos de coletivo, assistência, necessidade e demanda, pois geralmente os serviços organizam-se diferentemente segundo o modo como conceberam estes conceitos.

Quanto à tutela ela se verifica como algo reproduzido na cultura em todos os níveis da relação humana, inclusive na relação entre técnicos e pacientes. É preciso avançar na interrogação sobre as várias modalidades de tutela.

Os acontecimentos no dia a dia dos serviços, que envolvem a relação com os pacientes, são importantes o suficiente para serem considerados na discussão das bases conceituais dos serviços. Assim, também a invenção da assistência passa por uma mudança de postura e mentalidade dos técnicos e das pessoas que lidam com o sofrimento psíquico. Esta mudança de posição diria respeito à ideologia ou à ética? Esta discussão permanece em aberto. A ética teria a ver com a revisão constante dos ideais e a invenção da assistência.

A invenção da assistência em saúde mental passa pela construção de práticas que propiciem a atenção integral à saúde num processo coletivo; inserção desde a cultura, a interdisciplinaridade, os movimentos populares, sindicais, comunitários e legislativos.

ALGUNS PONTOS SOBRE ASSISTÊNCIA ALTERNATIVA

1. Reconhecer as necessidades de assistência da população e das possibilidades da equipe de trabalhadores.
2. Articular os serviços com os movimentos sociais para não repetirmos nela o modelo de exclusão estimulando a convivência, a troca de experiências e a luta pela qualificação da vida.
3. Estar atento para a possibilidade de que serviços recém-criados possam encobrir o modelo manicomial.
4. Evitar que as oficinas tornem-se lugares estigmatizadores. O maior desafio é romper, mexer na relação de poder entre técnicos-usuários. A relação aí estabelecida não dá margem à "neutralidade". A invenção da assistência passa, fundamentalmente, pela mudança nesta relação. As pessoas que vão trabalhar nos novos serviços têm que querer romper com a relação tutelada e transformá-la. Quanto a isso, não pode haver equívoco.
5. Proporcionar oficinas de trabalhos com atividades variadas e funcionando como espaço de socialização, que possibilitem a remuneração do que foi produzido. A questão da remuneração de usuários deve ser aprofundada, levando-se em consideração os seguintes eixos: trabalho

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

formal x informal, tutela pública e/ou institucional, interesse ou desvalorização nos produtos por serem de usuários, exploração da mão-de-obra, financiamento dos serviços que montarem oficinas, formação e qualificação dos usuários, estar atento ao estigma no mercado formal de trabalho.

6. Problematizar o emprego da denominação de "usuário", no que ela possa significar em termos de uma redução do sujeito a apenas uma das suas dimensões.
7. Aprofundar as discussões acerca da sexualidade enquanto direito do cidadão usuário, levando-se em conta os vários aspectos envolvidos.

SOBRE OS MANICÔMIOS

É preciso cuidado com a questão do fechamento dos manicômios públicos na medida em que isto poderá se configurar como subterfúgio para aumento em ganho financeiro do setor privado.

Criar forma de garantir que o espaço do antigo manicômio seja ocupado de forma renovadora das relações (como centro de arte, esporte, cultura, etc.)

Ter presente o sucateamento da rede pública promovida pelo Governo Federal, e as suas conseqüências na questão dos leitos psiquiátricos.

Muitas vezes existe uma tendência de se acreditar que o manicômio possa ser transformado internamente, tornando-se pensões, oficinas etc., no entanto estas experiências parciais não conseguem reverter o modelo manicomial e sobrevivem como ilhas isoladas da luta antimanicomial, no âmbito da instituição.

A invenção da assistência para a superação dos manicômios pode ocorrer através da inserção do Movimento da Luta Antimanicomial nos movimentos populares, exercendo controle social através dos Conselhos Estaduais e Municipais e suas comissões de Saúde Mental e de Fiscalização.

Ponderou-se que a desconstrução dos manicômios deve se dar após terem sido assegurados espaços de cuidados para os usuários a fim de que a população não fique desassistida.

- Propostas do grupo: 1) Inclusão no próximo encontro da Relação SUS-Municipalização-Ética somos hoje contratados de serviços, sem garantias trabalhistas e atuando em várias cidades.
- Na questão relativa a invenção da assistência se crie no meio dos usuários monitores capazes de dar sugestões ao tratamento.

A INVENÇÃO DA ASSISTÊNCIA: IMPASSES E POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS ANTIMANICOMIAIS - ELEMENTOS ESTRATÉGICOS

A partir da avaliação acerca do Movimento Antimanicomial no país, destacou-se a importância da criação de uma central de informações, que possibilite a expansão do Movimento, assegurando o intercâmbio de produções, entre diversos Núcleos.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

As experiências apresentadas, indicam que o Movimento da Luta Antimanicomial cresce, em todo o Brasil, de forma expressiva, em que pese as diferenças regionais.

Aprofundando-se as discussões no que tange à invenção da assistência foram destacados os seguintes pontos, ao serem analisados os impasses e possibilidades na construção das práticas:

Alguns Estados encontram-se se em estágios mais avançados, funcionando como multiplicadores, contribuindo para a formação e qualificação dos técnicos, oferecendo cursos de especialização na área, em outros Estados as discussões estão ainda em fase embrionária.

Deriva desta situação a importância da criação de modelos assistenciais: compatíveis com as realidades locais, valorizando-se as questões de ordem cultural e sobretudo a criatividade dos técnicos envolvidos no Setor.

Uma das formas de viabilização dos serviços poderá se dar através das municipalizações, com ênfase na parceria com os movimentos sociais e uma incursão regular nos meios de comunicação, das mensagens do movimento.

Isto em função da necessidade de inserção desta discussão no social, sinalizando para as funções que historicamente a loucura tem exercido socialmente, buscando-se a partir do esclarecimento, maior envolvimento da comunidade.

Para respaldar as ações acelerando este processo de reforma psiquiátrica no país, é necessário atenção aos meandros do processo político, já que historicamente tem sido importante a influência dos donos de hospitais na produção das legislações do setor. Daí emerge que o movimento mantenha uma postura crítica em relação às portarias Ministeriais e à postura do Governo.

Reafirma-se a necessidade de que o movimento continue investindo na construção de um modelo antimanicomial, que permita uma expansão das ações, integradoras e socializadoras, visto que os hospitais já não respondem à demanda da população, caso sejam avaliadas sob a ótica da saúde pública. Há necessidade de um redimensionamento possibilitando um fácil acesso a todos que necessitam de assistência, e que ela respeite a cidadania dos assistidos.

E também participar da criação dos conselhos comunitários formados por representantes de entidades não governamentais, por profissionais de saúde mental e por representantes dos usuários, para que possam atuar de forma vigilante na defesa dos direitos do paciente, assegurando a manutenção dos serviços em que pesem as mudanças político-administrativas.

PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

- 1 - Que as ações integrais de Saúde sejam assumidas pelos gestores, já que a invenção da assistência, passa também pela conquista da cidadania.
- 2 - Discutir outras alternativas além dos CAPS/NAPS, que se baseiem na ampliação dos direitos de cidadania dos usuários.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

- 3 - Garantir nas unidades assistenciais espaço para a participação popular.
- 4 - Incentivar a capacitação profissional (nível superior e médio), a partir de novos modelos críticos.
- 5 - Que o movimento, através das suas organizações, participe dos Conselhos Municipais de Saúde.
- 6 - Atuar junto ao Legislativo e Judiciário, fiscalização e garantindo o cumprimento dos dispositivos legais.
- 7 - Conduzir a ação política de forma a extrapolar os limites dos serviços com outras intervenções político-culturais inclusive na mídia, visando facilitar intercâmbio com a sociedade.
- 8 - Na invenção da assistência deve estar sempre presente uma reflexão radical sobre as questões da assimetria do poder dos técnicos em relação aos usuários.

RELATÓRIO DO TEMA 03:

LUTA ANTIMANICOMIAL E INTERVENÇÃO CULTURAL: A CULTURA COMO ALVO E A CULTURA COMO MEIO

O movimento da Luta Antimanicomial deve ter sempre presente o fato de ser um movimento de toda a sociedade. A ligação do setor de saúde deve ser constante com a população, numa troca enriquecedora de experiências. Discutimos no grupo os recursos que o movimento deve utilizar para romper a cultura manicomial.

O movimento deve patrocinar palestras nas escolas, nas igrejas, associações de bairros, indústrias, faculdades etc, para divulgar, informar e formar agentes multiplicadores da Luta Antimanicomial.

Nas instituições formadoras deve-se trabalhar no sentido da reformulação dos currículos, incluindo a questão da Luta Antimanicomial.

Outra forma de mobilizar a sociedade será articulando os vários segmentos culturais através da promoção de atividades expressivas como a música, o teatro, a poesia. Linguagem muitas vezes mais significativa e esclarecedora do que a própria fala. Estes eventos culturais se dariam sempre na rua com o objetivo de criar mecanismos de troca, comprometendo, envolvendo a comunidade.

Pensamos que se faz necessário, além do conhecimento técnico e político acumulado pelo movimento, um investimento no todo humano das relações (solidariedade, o amor, o carinho, a compreensão).

É preciso que o movimento atinja todas as classes sociais, que a cultura popular possa ser usada como recurso facilitador na cultura antimanicomial.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Para romper definitivamente com a cultura antimanicomial é preciso romper com os estigmas que impedem que as pessoas optem por formas de viver marcadas por valores pré-estabelecidos uma sociedade segregadora, e que entende tais opções (exemplo: homossexualismo) como patologias.

A nossa sociedade não consegue conviver com as diferenças e a forma que encontra de lidar com isso é de excluí-los. Condição a partir da qual, esta sociedade se descompromete com o que é parte dela.

É preciso mudar o padrão cultural, o que não significa negar as diferenças mas respeitá-las e garantir a heterogeneidade e a cidadania na sociedade.

Precisa ficar claro que não é a proteção dos excluídos que propomos, mas sim relações de troca que respeitam as diferenças, possibilitando a transformação legítima das relações.

O termo loucura é utilizado para se referir a dois fenômenos diferenciados, que muitas vezes são confundidos:

- 1 - A loucura entendida enquanto definição existencial que passa pela escolha de outro conjunto de valores, diferenciados dos valores tidos como normais, naturais na sociedade (mas com a qual a pessoa não perde a sua estruturação psico-física).
- 2 - A loucura enquanto desestruturação psico-física, onde a pessoa perde seu espaço existencial, o que implica em grande sofrimento, do qual ela não vivência com estando em seu poder escapar.

Levando em consideração a loucura enquanto desestruturação psico-física, a nossa luta deveria passar não por "aceitar", mas por buscar uma "superação" deste fenômeno através de uma outra organização social e, conseqüentemente, individual. Isto para não correremos o risco de entender o sofrimento psíquico como uma fatalidade, como um fenômeno pré-determinado. Neste caso perderíamos novamente a dialética sujeito-indivíduo.

A criação de espaços que promovam estas relações de troca devem acontecer em espaços públicos onde possibilitam a integração de pessoas da comunidade com a população envolvida no sofrimento mental, como nos parques públicos, centros esportivos, centros comunitários nos moldes dos centros de convivência e cooperativa, que fazem parte da rede alternativa.

Um exemplo destes espaços são as oficinas de trabalho que acontecem o dia todo e que depois vendem seus produtos em feiras livres, promovendo assim a quebra de preconceitos, tal como acontece com a oficina realizada pelo Projeto Feira D. Pedro II, no Rio de Janeiro. A questão dos critérios de divisão do dinheiro adquirido pela venda dos produtos são discutidas visando resgatar o poder de cidadania de cada participante.

O movimento deve fomentar organizações que propiciem a orientação e esclarecimento dos familiares, a partir da necessidade de conhecimento da realidade de tais famílias e promovendo reflexões desses familiares quanto ao seu próprio sofrimento.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

A nomenclatura "usuário" muda na questão ideológica, mas é preciso estar atento para a possibilidade de que ela esteja tão carregada como os outros nomes (ex: paciente) pelo estigma.

Entendemos que nossa luta é pela melhoria da qualidade de vida, considerando os avanços conquistados, propomos que haja uma reflexão quanto ao nome "Movimento da Luta Antimanicomial" uma vez que o termo anti sugere negação, enquanto que, por exemplo, o Movimento pela Atualização de Vida - Por Uma Sociedade Sem Manicômios enfatizaria seu aspecto positivo.

Foram lidos os documentos de relatórios finais dos Encontros Estaduais da Luta Antimanicomial do Rio Grande do Sul e São Paulo, onde vários pontos foram contemplados, mas não houve discussão dos documentos como um todo.

REPRODUÇÃO DO TEXTO DO RIO GRANDE DO SUL A LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS: INTERVENÇÕES CULTURAIS

A História reflete a lógica de que os desiguais e os diferentes devem ser punidos pela exclusão. Exclusão perpetuada ao longo das civilizações, na história da humanidade. Que civilização é essa? A que segrega, exclui, marginaliza, encerra - a não civilizada.

A desinformação e o desconhecimento tem servido para legitimar a exclusão. A sociedade exclui para se descomprometer, para não compartilhar com aqueles que não entende. É preciso haver uma mobilização popular para que se transforme esse quadro cultural. É preciso construtores de cidadania que sejam solidários e tolerantes e que sejam capazes de conviver com as diferenças.

REPRODUÇÃO DO TEXTO DE SÃO PAULO LUTA ANTIMANICOMIAL E INTERVENÇÃO CULTURAL: A CULTURA COMO ALVO E A CULTURA COMO MEIO

- 1 - A sociedade pela sua forma de estruturação, como se apresenta hoje, depara-se com um quadro de estagnação, inclusive diante dos fatos concretos e lesivos.

A resposta vem em forma de imobilidade; passamos a ser ouvintes e telespectadores e não intervimos, não agimos.

Este parecer retoma o fato de como as informações, as trocas de saberes, o dominar dominante, se dão de forma vertical, de forma também estigmatizante, onde a comunicação é elitizada e elitizante.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Neste contexto não há transformação, ainda se cultua, por exemplo, o saber que está em poder dos técnicos. Há a necessidade de conscientização que todos podem participar deste saber, pois todos sentem e experienciam a vida.

É necessário organizar movimentos que construam uma nova visão, que desmistifiquem este quadro.

Criar formas de intervenção na estagnação da sociedade, visando sua transformação, atuando na formação dos indivíduos desde pequenos, intervindo nas creches, escolas, etc.

2 - Há na sociedade um desconhecimento bastante grande a respeito das alternativas ao manicômio, é necessário se trabalhar para a inversão desta situação.

Uma proposta é a adição do slogan: "Por alternativas ao manicômio" acompanhado o já conhecido: Por uma sociedade sem manicômios, já que este último isolado por dar margem ao pensamento de que o movimento da Luta Antimanicomial apóia o simples fim dos manicômios, sem se responsabilizar pelo cuidado de seus antigos usuários.

Esta desinformação da sociedade está também apoiada em inúmeros preconceitos em relação às pessoas com sofrimento mental; isto só vai poder ser mudado quando houver um investimento na volta para o meio social daqueles que foram excluídos, com a criação de equipamentos de convivência destes com as pessoas de sua comunidade, principalmente, com os novos cidadãos (crianças e adolescentes), que são aqueles que formarão o pensamento de uma futura sociedade.

Há também a falta de investimento na formação de uma nova mentalidade dos profissionais de saúde mental. É preciso investir na formação de novos profissionais que se formam nas universidades e, nos profissionais que todos os serviços de saúde por onde transitam os usuários dos serviços de saúde mental.

3 - As ações antimanicomiais devem intervir na cultura e modificá-la;

As práticas antimanicomiais devem passar pela revisão do papel dos técnicos da saúde, no seu papel de poder diante do doente;

As ações antimanicomiais devem se dar através da organização popular.

4 - Como um princípio antimanicomizante, não reproduzir tratamentos e procedimentos burocráticos que lesem as pessoas em suas trocas e relações;

- investir nas ações de educação e formação social que apresente respeito dos diferentes, observando que os direitos devem ser iguais;
 - utilizar as manifestações culturais como meio de contra-cultura de enfrentamento ao pensamento manicomial, através de teatros, shows, passeatas, como forma de difundir a não-discriminação e a não-segregação;
 - o movimento antimanicomial deve divulgar e se posicionar criticamente frente aos serviços substitutivos que se mostram "manicomiozinhos" abertos, ou seja, não facilitadores de expressão da subjetividade e opções;
-

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

- que as ações ambulatoriais não se resumam a triagem, tratamento medicamentoso e porta de entrada para o Hospício, como são hoje a realidade dos ambulatórios de saúde mental;
 - o movimento deve entender por manicomial espaços e relações que se manifestam para além dos Hospícios - a cultura manicomial presente na institucionalização dos indivíduos, seus desejos e suas manifestações mais singulares.
- 5 - Existe sim uma cultura manicomial no meio social Brasileiro. É fomentada pelo comodismo e a pressa de livrar-se do problema de dentro de casa; argumento este explorado e usado para a continuidade do Sistema Manicomial no Brasil.

Cabe a nós da Luta Antimanicomial sermos mais contundentes na divulgação das várias alternativas existentes;

Termos a consciência que fazemos parte de um movimento em primeiro lugar altruista;
Enfrentar as variações políticas exigindo a continuidade de nossas conquistas.

- 6 - O movimento deve tomar a iniciativa de promover a divulgação de experiências culturais, engajadas na Luta Antimanicomial.

Foram ressaltadas duas experiências que devem ser respaldadas: A experiência do movimento Loucos pela Vida, desenvolvida no âmbito do Juqueri e a experiência da Rádio Tam-Tam, em Santos.

- 7 - Existem em alguns sindicatos comissões de saúde, trabalho e meio ambiente; o movimento de saúde mental deve tentar criar juntamente com os sindicatos interessados, programas de saúde mental, realizando palestras sobre as causas de "stress" e dos problemas emocionais.
- 8 - Um grande obstáculo para a transformação da assistência é a cultura manicomial enraizada fortemente na sociedade e nas pessoas, altamente discriminativa e marginalizadora.

Deve haver aceitação das diferenças e a construção de uma sociedade justa, que seja capaz de respeitar as diferenças dos indivíduos.

- 9 - Consideramos que temos instalado uma situação de cultura manicomial na sociedade; só teremos uma transformação através da própria cultura, portanto propomos:
- repensar urgentemente o papel das instituições formadoras, escolas e universidades;
 - implementar a divulgação dos serviços alternativos em combate ao sofrimento psíquico;
 - o movimento da Luta Antimanicomial deve continuar realizando atividades culturais nos espaços abertos e públicos.
- 10 - A questão da reciclagem dos profissionais, revendo suas próprias culturas manicomiais (supervisão, cursos, etc).

A transformação da cultura manicomial com a criação da assistência das práticas antimanicomiais que integrem a uma sociedade "medrosa", os diferentes, possibilitando a troca destas diferenças;

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Necessidade da divulgação com mais eventos de rua; procurar os meios de comunicação;

Necessidade do resgate às culturas regionais e transformação das culturas de elite e da classe dominante.

RELATÓRIO DO TEMA 4 **LEGISLAÇÕES PSIQUIÁTRICAS:** **A (RE-)CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS PELA VIA LEGAL**

1. SIGNIFICADO PARA O MOVIMENTO DO PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DE LEIS

Dentre as várias possibilidades de intervenção política do movimento, o encaminhamento de projetos de lei constitui um dos instrumentos de luta que podemos utilizar. Esta iniciativa deverá ser sempre expressão da luta concreta do movimento em cada Estado, deverá estar combinada a uma estratégia definida pelo movimento no seu conjunto. Como eixos a serem garantidos nos processos de formulação de leis assinalamos: a mudança efetiva dos modelos de atenção à saúde mental implementados em cada Estado e dispositivos acerca dos direitos de cidadania dos usuários destes serviços. Devemos ter clareza de que as mudanças que reivindicamos, não serão produto apenas da luta legislativa, reconhecendo o valor relativo destas iniciativas, tendo em vista a oposição conservadora da maioria dos parlamentares, tanto a nível do Congresso Nacional e das Assembléias Legislativas dos Estados. De qualquer forma é o poder de pressão do movimento da Luta Antimanicomial, articulado a outros movimentos sociais, é que pode garantir que uma determinada lei passe a ser implementada.

2. RELAÇÃO ENTRE AS INICIATIVAS DE ENCAMINHAMENTO DA LEI EM NÍVEL MUNICIPAL, ESTADUAL E FEDERAL

O movimento deverá estar presente em todos os esforços de iniciativas locais mas também garantir sua articulação, de forma a potencializar a eficácia política nos processos de encaminhamentos. As leis propostas deverão conter só princípios básicos que norteiam a nossa luta. Foi proposto que se crie um fluxo de comunicação entre os parlamentares que encaminharam projetos de leis afins e a coordenação nacional do movimento, de forma a ser constituído um banco de dados com o conjunto das leis propostas. Como possibilidade concreta disto, haverá uma oficina, nos dias 8 e 9 de novembro de 1993, na sede da OPAS em Brasília, que reunirá parlamentares acima citados, Coordenadoria de Saúde do Ministério da Saúde, representante da OPAS, Coordenadorias Estaduais de Saúde Mental e Coordenação Nacional do Movimento.

Também foi assinalado que o movimento deverá tomar a iniciativa de se reunir com a Comissão de Assuntos Sociais do Congresso Nacional, visando estabelecer uma reavaliação das possibilidades reais do projeto de lei do Paulo Delgado. Com esta avaliação o movimento poderá decidir com maior precisão se continuará investindo no seu prosseguimento. Cumpre

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

assinalar que nesta reunião estarão presentes representantes da OPAS, Ministério da Saúde e os Parlamentares acima referidos.

3. DISCRIMINAÇÃO ENTRE LEGISLAÇÃO PSQUIÁTRICAS E AS PORTARIAS MINISTERIAIS

A proposição de projetos de lei visa reformular o arcabouço jurídico-legal que regula as ações de saúde mental no país e em cada Estado. As portarias do Ministério da Saúde são atos normativos de caráter administrativo, de alcance bastante limitado e que atualmente regulam a relação do Ministério da Saúde como setor privado. Não podemos ter a ilusão de que seria possível estabelecer as bases legais da reforma psiquiátrica através deste expediente. As portarias já produzidas pelo Ministério são diferenciadas, devendo ser avaliadas individualmente. Inclusive chamamos a atenção de que há portarias que estimulam e favorecem a apropriação pelo setor privado de práticas alternativas.

Foi proposto que o movimento deve reivindicar uma interlocução com o Ministério da Saúde de forma a poder interferir na formulação das futuras portarias. Propôs-se também que seja montado um banco de dados com o conjunto das portarias criadas até agora, sendo que o movimento faria uma análise crítica de cada portaria, de forma que quando fossem distribuídas já contivessem uma visão crítica formulada pela Coordenação Nacional do Movimento.

4. LEGISLAÇÃO CIVIL, LEGISLAÇÃO PENAL E DIREITO DOS USUÁRIOS

Foi proposto que sejam acatadas as resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental sobre este tema, partindo-se do pressuposto de que tais resoluções seriam o produto mais acabado, o ponto máximo onde o movimento pode avançar em torno desta discussão.

O movimento deve cobrar a imediata divulgação destas resoluções e exigir a sua total implementação. Como também aprofundar sua reflexão sobre a possibilidade ou impossibilidade do sujeito dito louco responder por aquilo que faz. Isso implica em refletirmos sobre a dimensão do nosso compromisso de resgatar o usuário dos serviços de saúde mental para o convívio social.

5. CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS

O movimento deve discutir com o conjunto da sociedade brasileira quais são os preceitos mínimos que possam configurar os direitos dos usuários dos serviços de saúde mental. Tais preceitos devem ser elaborados pelas entidades dos usuários.

Foi aprovado que por ocasião da realização do III Encontro de Familiares e Usuários dos serviços de saúde mental, até o final deste ano, esta questão seja um dos eixos da discussão.

O movimento deve estabelecer canais de comunicação com as comissões de direitos humanos da OAB e com o Ministério Público para o encaminhamento de processos civis de caráter indenizatório, revisão de interdições, denúncias de violência etc, de usuários dos serviços de saúde mental.

6. A QUESTÃO DA REVISÃO CONSTITUCIONAL

Foi proposto que seja encaminhada para discussão na plenária uma moção de repúdio à revisão constitucional e de apoio à imediata regulamentação da constituição.

RELATÓRIO DO TEMA 5

A LUTA ANTIMANICOMIAL E AS INSTITUIÇÕES ESTATAIS: AUTONOMIA, CONTRADIÇÕES, PARCERIAS, AMBIGUIDADES

Para pensarmos a relação do Movimento Antimanicomial com as Instituições Estatais, é necessário discutir o caráter do Estado Brasileiro onde suas instituições se inscrevem; e desta maneira confrontar o caráter do Movimento antimanicomial.

O Estado Brasileiro tem se pautado historicamente pelo autoritarismo, paternalismo, populismo e clientelismo, que responde aos interesses das classes dominantes; sendo aliados naturais.

As Instituições Estatais portanto, são dispositivos que procuram viabilizar políticas coerentes com as conjunturas e as estratégias, que no caso Brasileiro são determinadas pelos países capitalistas centrais, pelo FMI, etc.

As políticas públicas vigentes se colocam no contexto do neoliberalismo latinoamericano, cujo objetivo é a ampliação das relações de mercado para reprodução do capital, em detrimento de políticas sociais e estatizadas.

Neste contexto a estratégia do Poder Público, no que diz respeito a Política de Saúde Mental, não consegue, e nem poderia ser, contraditório com aquela realidade.

Tendo em vista o avanço do Movimento Antimanicomial no Brasil, a política Ministerial procura ser uma equação entre a perspectiva do Movimento e os interesses empresariais no setor; o que na prática tem favorecido a permanência do parque asilar no Brasil.

Em seu caráter libertário e democrático, a invenção permanente da assistência, a liberdade como um bem universal e a cidadania, evitam a manutenção do parque asilar e o fortalecimento político e ideológico dos setores empresariais.

A prática e os resultados concretos da estratégia do Poder Público, para além dos discursos e das instituições, é que definem de que lado ela está.

Tendo em vista estas considerações, o Movimento discutiu possíveis estratégias com relação à política oficial:

- Abertura pública dos relatórios das vistorias nos Hospitais;
- Ações diretas do movimento, enquanto movimento vivo e ativo, nas instituições;
- Luta pela democratização do Estado. O Estado Brasileiro não é um Estado democrático.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

O que existe é uma democracia virtual e o movimento é um movimento de princípios democráticos contra uma sociedade disciplinar, autoritária e normativa.

- Participação do Movimento nas comissões de Saúde Mental dos Conselhos: nacional; estaduais e municipais.
- Exercer o controle popular das políticas das ações de Saúde, em parceria com outros movimentos sociais.
- A Parceria do movimento com as instituições estatais deve se pautar pelos princípios éticos do movimento. Assumir e fazer as parcerias de maneira pontual.

O movimento entende que as portarias ministeriais que normatizam o financiamento em saúde mental, estão privilegiando o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico, na medida em que estas portarias não garantem mudanças na qualidade da assistência.

Assim sendo, o Movimento deve estimular o Ministério da Saúde a criar uma colocação financeira para as atividades culturais, esportivas e trabalhistas àqueles portadores de sofrimento psíquico, tendo em vista que são atividades terapêuticas.

- Que o Ministério da Saúde crie uma verba específica para pesquisas sobre as psicoses.
- Que as verbas públicas destinadas à Saúde Mental o sejam, prioritariamente, às Instituições Públicas.
- As pessoas que participam do movimento e que circunstancialmente ocupam lugar de poder nas instituições estatais devem estar atentos para um olhar “de fora” da instituição estatal e que ali, não está representando o movimento.
- O movimento não deve perder seu poder de crítica sobre sua atuação nas instituições estatais.
- O movimento não se sente responsabilizado pelos equívocos da política do poder público, pois não tem participado diretamente da construção destas políticas.
- Estamos num processo de discussão da nossa organização e ainda não temos definido nossa participação ou não na política oficial de saúde mental.

Obs.: Através de fala de representante do Ministério da Saúde, foi noticiado que o Ministério tem iniciado uma discussão sobre AIH Social. Houve um indicativo do grupo que o movimento aproprie-se desta discussão a fim de se avaliar sua parceria ou não neste processo.

ANEXOS

- Composição da mesa e regimento da plenária final.
 - Moções aprovadas na plenária final.
 - Relatório da Reunião dos Parlamentares.
-

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

- Relatório da Reunião da Articulação Latino Americana.
- Relatório das Reuniões dos Usuários ocorridos no Encontro.
- a) Fala Graça Fernandes
- b) A visão dos organizadores do 3º Encontro de Entidades de Usuários e Familiares.

PLENÁRIA FINAL

1. COMPOSIÇÃO DA MESA DIRETORA

Coordenador: Marcus Vinícius (BA)
João Carlos (SP)
Graça Fernandes (RJ)
Franklin (SC)
Rosane (SC)
Elizabeth (RN)
Nazaré (PA)
Fátima (RS)

2. APROVAÇÃO DO REGIMENTO

PROPOSTAS:

1. Que o regimento seja aprovado como está.
2. Alteração do item 3.3. relativo ao número de falas para 1.
Na votação houve empate. A coordenação propôs a alternativa de 2 falas, proposta conciliadora que foi aclamada pelo plenário.
3. Leitura dos relatórios das discussões dos Grupos específicos.

REGIMENTO DA PLENÁRIA FINAL

Os trabalhos da Plenária Final no Domingo iniciar-se-ão às 09:00, sendo o término previsto para às 14:00.

Estes desenvolver-se-ão em três blocos:

- 1 - O primeiro no horário das 09:00 às 10:30 será destinado à leitura dos relatórios dos grupos de discussão, relativos aos temas específicos. Este bloco terá caráter informativo e não deliberativo.
Neste sentido, a produção dos grupos específicos não será objeto de discussão.
 - 2 - O segundo bloco desenvolver-se-á no horário das 10:30 às 13:30h, e será dedicado à aprovação do relatório final das discussões ocorridas nos subgrupos, relativas ao tema único.
 - 3 - Encaminhamento e aprovação das Moções.
-

DINÂMICA DA DISCUSSÃO DO TEMA ÚNICO

- 1 - Leitura do Relatório Final
Tempo previsto: 30 min.
- 2 - As propostas que não sofrerem destaque serão consideradas aprovadas por unanimidade.
- 3 - Os temas destacados serão discutidos e votados individualmente, segundos os seguintes critérios:
 - 3.1 - Uma fala de três minutos para esclarecimento.
 - 3.2 - Caso o plenário sinta-se esclarecido: votação. Caso contrário, abre-se a defesa.
 - 3.3 - Defesa: 3 falas a favor e 3 falas contra, de 1 minuto cada.
 - 3.4 - Se o plenário sentir-se esclarecido: Votação. Caso contrário, parte-se para nova defesa, com uma fala a favor e uma fala contra, de 1 minuto cada, seguida de votação.
- 4 - Os destaques somente serão acolhidos durante a leitura do relatório final.

MOÇÕES

No horário das 13:30h, se dará a apreciação e aprovação das Moções. Para tanto o plenário deverá encaminhar, até o momento em que se der o início da discussão do último item do relatório final, as sugestões das Moções.

Estas serão lidas e acatadas ou rejeitadas pelo plenário.

As Moções não serão objeto de discussão.

REGRAS PARA O BOM ANDAMENTO DA PLENÁRIA FINAL:

- 1 - Todas as falas serão coordenadas pela mesa, e as pessoas que desejarem fazer uso da palavra deverão fazê-lo através de inscrição.
- 2 - Exceto no previsto no Item 3 e demais subitens, todas as falas terão duração de 2 minutos.
- 3 - Compete a mesa controlar o tempo dos oradores.
- 4 - As pessoas que desejarem falar por mais tempo, deverão inscrever-se tantas vezes quantas julgar necessário.
- 5 - É facultado ao orador permitir apartes em sua fala, porém o tempo do aparte será descontado do tempo do orador.
- 6 - Questões de ordem e questões de esclarecimento, não necessitam de inscrição, cabendo a mesa acatá-las no momento oportuno.
- 7 - Durante a votação, sendo o Plenário declarado "Em regime de votação", não será acolhida seja ela questão de ordem ou esclarecimento.
- 8 - Durante a contagem dos votos, a mesa poderá solicitar a colaboração de um ou mais representantes do Plenário.

ENCAMINHAMENTOS APROVADOS NA PLENÁRIA FINAL

- A) Foi aprovado o I Encontro Nacional de Entidades de Usuários e familiares de serviços de Saúde Mental, a realizar-se no período de 10 a 12 de dezembro do corrente ano, na cidade de Santos - São Paulo, cujo tema central será - Carta de Direitos dos Usuários. Comissão Organizadora:
Associação Franco Rotelli
Instituto Franco Basaglia
Associação Maluco Beleza
- B) A Plenária Final decidiu pela realização do próximo encontro no Estado de Minas Gerais, ficando, portanto, o Movimento mineiro responsável pela secretaria executiva do movimento nacional nos próximos dois anos.

MOÇÕES APROVADAS NA PLENÁRIA FINAL DO ENCONTRO

MOÇÃO

1. Considerando que a constituição de 5/10/88 ainda não foi plenamente regulamentada; considerando a ilegitimidade do atual Congresso Nacional para promover a reforma constitucional, propomos a seguinte moção:
 - Pela imediata regulamentação da constituição e repúdio à sua revisão pelo atual Congresso Nacional.
 - Encaminhar esta moção a todos os deputados Federais e Senadores.

MOÇÃO

2. De apoio ao movimento Ação da Cidadania Contra a Fome e a Miséria, liderada por Betinho.

MOÇÃO

3. Durante o ano de 1992, um grupo de técnicos em Saúde Mental, militantes do movimento da luta antimanicomial, constituíram uma Comissão Técnica de Apoio à investigação do uso do Complexo Hospitalar do Juqueri pela repressão política, realizada por uma comissão de Parlamentares, da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo.

Várias visitas foram realizadas no Hospital, os prontuários dos presos políticos que passaram pelo Juqueri foram obtidos, depoimentos dos mesmos foram realizados, assim como de pessoas envolvidas com esta questão na época.

Todo este material pode e deve ser sistematizado para a compreensão da instituição psiquiátrica. Assim, propomos à Plenária:

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

- 1 - Que o conjunto do movimento apóie esta iniciativa e acompanhe os passos finais da investigação.
- 2 - Que autorize que todo este material seja publicado e divulgado, como expressão do movimento.

RELATÓRIO DA REUNIÃO DE PARLAMENTARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL

PAUTA:

- Processo de construção dos projetos;
- Tramitação;
- Forças de apoio e contra;
- Estratégia de ação;

ESTADOS QUE ESTÃO COM PROJETOS TRAMITANDO NAS ASSEMBLÉIAS LEGISLATIVAS:

- Santa Catarina;
- Rio Grande do Norte;
- Paraná;
- São Paulo;
- Rio de Janeiro;
- Minas Gerais;
- Pernambuco;

ESTADOS COM LEI APROVADA:

- Rio Grande do Sul;
- Ceará;
- Distrito Federal.

MUNICÍPIOS COM PROJETO TRAMITANDO NAS CÂMARAS:

- Rio Grande (RS)

DEPUTADOS PRESENTES:

- Deputados Humberto Costa - Pernambuco;
- Deputado Roberto Gouveia - São Paulo;
- Deputado Antônio Carlos - Minas Gerais;
- Deputado Wasny - Distrito Federal.

ASSESSORIA DOS DEPUTADOS DE:

- Santa Catarina;
- e do vereador do município de Rio Grande (RS), falando também pelo Rio Grande do Sul.

**PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS PROJETOS,
TRAMITAÇÃO, FORÇAS DE APOIO E CONTRA**

Santa Catarina - O deputado que assumiu o projeto demonstrou interesse pelo assunto participando da Conferência Estadual de Saúde Mental, foi assessorado pelo Movimento da Luta Antimanicomial na elaboração do projeto de lei. Atualmente se encontra na Comissão de Constituição e Justiça.

São Paulo - O deputado que assumiu o projeto é médico sanitário. O projeto surgiu após várias situações que sucederam como a apresentação do projeto Paulo Delgado, a resolução da ONU (1991) apontando a necessidade da reforma psiquiátrica, o surgimento de novas experiências no Estado e a denúncia feita de que o Manicômio foi usado como local de prisão e tortura de presos políticos durante a ditadura. Esta denúncia foi fundamental para que vários parlamentares se colocassem a favor do projeto, o que não evitou porém uma primeira reação contrária ao projeto. Na Comissão de Saúde, a relatora foi assessorada pela Federação dos Hospitais na elaboração do parecer; com a pressão dos deputados do interior do Estado foi escolhido outro relator, deputado Fernando Mauro. Atualmente o projeto está na comissão de saúde. Está se buscando o apoio popular e a aprovação de um substituto feito a várias mãos. O movimento tem feito reuniões no interior do Estado com estratégia de apoio ao projeto.

Rio Grande do Norte - O movimento iniciou com esforços isolados e deflagrou com as conferências estadual e nacional. O deputado Lauro Bezerra se envolveu com o assunto e protocolou projeto que deixava muitas brechas para os contrapositores. Outro projeto foi protocolado, do deputado Júnior Souto (PT) que foi rejeitado. Depois disto o movimento mudou a estratégia chamando deputados de vários partidos para compor um novo projeto.

As forças contrárias são o Conselho de Medicina, o Sindicato dos Médicos e a Associação de Psiquiatria.

Rio Grande do Sul - O movimento, que resultou na Lei, iniciou em 87 com o PAIS MENTAL, com os movimentos de transformação da assistência e com a criação do Fórum gaúcho de Saúde Mental.

A lei fez com que o Movimento ficasse atento a possibilidade de um congelamento dos Serviços, podendo criar uma dependência pelo Estado de que a lei fosse cumprida. Entende-se, que para que a mesma seja cumprida e que se avance no sentido de um aprimoramento, é necessário que o Movimento continue como tem sido, atuante, participativo e com ampla inserção social.

O movimento está agora colocando projetos municipais, adição na Lei orgânica municipal das questões da reforma psiquiátrica.

Brasília - Foi adicionado 4 parágrafos na Lei Orgânica. O presidente da Câmara Legislativa apresentou o projeto e o movimento fez as emendas. O projeto vem no sentido de criar uma rede assistencial.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Não haverá resistência de proprietários porque não há hospitais psiquiátricos, apenas uma clínica privada com poucos leitos.

Pernambuco - No final de 91 houve um despertar da sociedade ao que representava o projeto Paulo Delgado. Em 92 iniciou-se a construção do projeto do Estado, através da discussão de um grupo de profissionais e dois seminários.

O projeto antecedeu o aparecimento do movimento da Luta Antimanicomial que só começou a se articular a partir das conferências de saúde mental. Atualmente não assumem o projeto, só apoiam. O projeto prevê substituição progressiva com planejamento anual. Existem resistências através dos empresários. A Secretaria de Estado de Saúde apóia passivamente. Constitui-se um Fórum pela Assistência à Saúde Mental do Estado de Pernambuco que faz um trabalho junto aos familiares que se contrapõem ao projeto.

Serão feitas audiências públicas na comissão de justiça, onde tramita o projeto atualmente, na de saúde e no de finanças, por onde o projeto passará.

O deputado faz um apelo para que o Movimento e a Secretaria de Estado da Saúde se envolvam mais.

Minas Gerais - O projeto é do movimento, os deputados apenas assinaram. Atualmente está parado mas tem permitido a disputa política, discussões no interior, etc. A dificuldade para sua aprovação está no fato de ser do PT. Não há expectativas de sua aprovação. Está na Comissão de Constituição e Justiça, onde não haverá problemas. Haverá problemas na Comissão de Saúde.

Está sendo feito um trabalho em três frentes:

1. Base parlamentar contactando com os deputados.
2. Abaixo assinado no Estado inteiro.
3. Discussões em vários fóruns.

Os proprietários ainda não se organizaram, não houve confronto.

O grupo sugeriu ao Movimento da Luta Antimanicomial de Minas Gerais que pressione outros deputados para assumirem o projeto.

ESTRATÉGIAS PROPOSTAS

1. A COSAM colocou a realização nos dias 08 e 09 de novembro de 1993 do Encontro de Parlamentares com consultores nacionais e internacionais, deputados do Rio Grande do Sul, Movimento da Luta Antimanicomial e outras entidades, retirando estratégias visando a aprovação dos projetos.
2. Aprovação dos projetos o mais rapidamente possível, antes das eleições, respeitando as particularidades do local.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

3. Retomar a mobilização para a aprovação do projeto Paulo Delgado. Atualmente o relator do projeto é o deputado Beni Veras.
4. Que se mobilize iniciativas municipais de entrada de projeto de Lei adicionando à Lei Orgânica as questões da reforma psiquiátrica.
5. Que a COSAN forneça um KIT parlamentar com a legislação e projetos dos Estados e outras informações importantes.
6. Maior envolvimento de usuários e movimentos populares na mobilização.
7. Que o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial monte uma secretaria para centralizar e divulgar as informações para todo o país.
8. Necessidade de um jornal que informe o que está acontecendo a nível nacional nos núcleos regionais do movimento.
9. Criação de uma Frente Parlamentar para a Luta Antimanicomial que seja supra-partidária.

SUGESTÃO DA PLENÁRIA DO MOVIMENTO EM REUNIÕES COM OS DEPUTADOS

Em função da denúncia feita pelo deputado Roberto Gouveia da manipulação de familiares e usuários feita pelos proprietários de hospitais, conforme documentação em anexo, o Movimento deverá remeter como encaminhamento deste Encontro, um pedido de investigação do que está acontecendo no referido hospital para os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, para os Conselhos profissionais e para o Ministério da Saúde.

Salvador, 23 de setembro de 1993

**RELATÓRIO DA REUNIÃO DA ARTICULAÇÃO
LATINO-AMERICANA DA LUTA ANTIMANICOMIAL
REALIZADA NOS DIAS 24/09/93 NO ENCONTRO
NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL EM
SALVADOR (BA), 23 A 26/09/93**

Estiveram representados dez Estados através de usuários, trabalhadores de saúde mental e protagonistas de organizações civis.

O grupo trabalhou com a idéia da articulação latino-americana e formulou-se a tarefa de pensar formas de possibilitá-la em debates locais - a nível dos Estados e cidades - e através de reuniões preparatórias.

A articulação latino-americana foi entendida na perspectiva da participação ampla e democrática - representativa das múltiplas experiências antimanicomiais bem como dos diversos segmentos e organizações civis, que as recriam permanentemente - que facilite e promova a circulação e o intercâmbio entre os atores destes processos de transformação. A construção desta articulação, foi apontada como um fato que, de dentro do movimento da luta antimanicomial, vai contribuir para seu fortalecimento nacional por conta da socialização contínua dos diversos elementos em jogo. Ao mesmo tempo que dando expressão continental a uma causa de vários países latino-americanos. Foram apontados México, Nicarágua, Venezuela, Chile, Argentina, Cuba e Paraguai como interlocutores possíveis para um primeiro contato, sendo indispensável ampliar esta proposta para outros países.

Baseados nos impasses, contradições e complexidades colocadas desde a construção das práticas antimanicomiais e sua interlocução nacional buscou-se apontar os pontos que mais dificultam nosso intercâmbio, para superá-los, ao mesmo tempo em que sejam renovados na direção da articulação latino-americano.

PONTOS DE DIFICULDADES:

- 1 - Falta de trocas entre as experiências;
- 2 - A não circulação de relatórios e produções geradas nos eventos e encontros;
- 3 - Agilização de uma rede de endereços e contatos. Necessidade de fazer em todos os níveis do movimento uma mala direta para ampliar e aprofundar os intercâmbios múltiplos;
- 4 - A não disputa organizada de canais na mídia deixando que ela seja ocupada por grupos contrários ao movimento, sendo indispensável pensar como ganhar espaços de debate neste plano;
- 5 - Obstáculos financeiros para sustentar a organização do movimento e das diferentes articulações.

O TRABALHO DOS "USUÁRIOS"

Sintomaticamente ao recolhermos o material para edição deste caderno, constatamos a ausência de um relatório sobre as atividades dos até então designados "usuários" e seus familiares. Ausência imperdoável quando analisamos a proporção (25%), a intensidade e a leveza da sua presença no evento, realçadas pelas dinâmicas assembléias, realizadas sob sua iniciativa.

Forma de recuperar esta falta recorreremos a Graça Fernandes, e ao grupo organizador do III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, a ocorrer de 10 a 12 de dezembro de 1993, num desdobramento imediato destas reuniões de usuários, ocorridas no Encontro de Salvador.

FALA GRAÇA FERNANDES...

Sua bênção, Xangô e todos os Orixás da Bahia, salve o clima de encantamento e magia, o ar cosmopolita e nada provinciano de Salvador, Jaguaribe, Piatã e arredores. Viva o clima hospitaleiro e de boa acolhida promovidos com boa vontade e competência pela equipe e Comissão Organizadora nesse I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial realizado de 23 a 26 de setembro de 1993 em Salvador, Bahia.

Praias, águas de côco e acarajé ao som do Olodum-Maliê, tudo levava à descontração. Como manter-se formal e resistir aos apelos de tanta sedução. Mas... trabalhamos - e como trabalhamos - discutindo e levantando propostas pertinentes a todos nós, profissionais de Saúde Mental, usuários e sociedade em geral. Salve o Pelourinho restaurado e que desta vez, oportunidade pela qual estamos gratos por haver podido trabalhar em tanta confraternização e colocando mais um tijolo nessa construção de novas mentalidades que nos tirem dos grilhões da escravidão psiquiátrica.

É impossível deixar de perceber e registrar a mudança dos tempos. Lembro-me muito bem da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987 no Rio de Janeiro, quando fui a única usuária-delegada presente. Muitos torciam a cara para mim alegando não ser possível que uma "doente mental" pudesse manifestar seus pontos-de-vista e deliberasse com o restante do plenário. Naquela época isto era absurdo e impensável. O que se viu na Bahia não há como comparar: a participação ativa e responsável de usuários e o surgimento de novas lideranças de todo o Brasil.

No Encontro da Luta Antimanicomial de Piatã, quem esperava por um quadro generalizado de catarse ego-centrado, decepcionou-se. Conduzidas pela Dra. Suzana Robortella, do Naps de São Vicente, os usuários se reuniram em duas reuniões, a primeira em duas etapas. Pôde-se presenciar a busca do delineamento de uma nova identidade social consciente de seu papel e desempenho político e cultural de intenções e objetivos transformadores. É bem verdade, houve o quinhão das denúncias dos maus tratos e da negligência ocorridos em alguns hospitais psiquiátricos - e nada mais justo - ainda lutamos contra os empresários da loucura ávidos em obter ganhos financeiros sem se lembrar de repassar remuneração digna aos profissionais de Saúde Mental e sem se preocupar com um mínimo de bem-estar de seus clientes. Aliás, para essas pessoas, isto é o que menos importa.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Esta nova identidade do usuário que se esboça aos poucos e pede passagem para a auto-afirmação é consciente de seus direitos e responsabilidades, com a desejável certeza de se poder fundar uma nova vida plena de realizações, apesar de todos nós, usuários, termos uma história de reclusão, violência e controle social. Em suma, as crescentes perspectivas são de sair-se do sofrimento e do “remoimento” desse sofrer para uma vida de amor, criação e produtividade.

Antes éramos chamados de pacientes, depois, pretendemos ser chamados de usuários numa tola tentativa de agir politicamente correto. Isso não nos satisfaz. Quando somos apresentados a outras pessoas, faço questão que seja assim: “Fulano, esta é Graça, minha amiga ou José Adão, meu amigo”. Se as pessoas em questão têm alguma qualificação profissional, que se diga. Apresentar alguém como usuário ou paciente é ainda recorrer ao estigma, é mais ou menos como dizer “aqui está um louco que faz uso dos serviços de Saúde Mental”. É claro que há situação em que a definição se faz necessária, mas nem sempre.

É bom poder olhar-se no espelho e verificar que, apesar de algumas marcas deixadas pela carreira psiquiátrica, ver na imagem refletida à frente cidadãos amados e respeitados por si próprios e por seus amigos, pela comunidade e realizando todas as suas potencialidades. Na Bahia, lutamos para que isto se torne uma realidade. É preciso que o espelho reflita além da pessoa, uma nova identidade social, cultural e política longe de um passado de discriminações. E que possamos gritar bem alto e para que todos possam nos ouvir: É POSSÍVEL EXISTIR!

Foi muito bom estar em Salvador com tantos amigos. Estamos torcendo para que outro Encontro, o II Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial aconteça em breve, consolidando as propostas do primeiro e promovendo uma integração cada vez mais abrangente.

Graça Fernandes (Maria da Graça Dias Fernandes)

membro da diretoria do Instituto Franco Basaglia

membro da SOSINTRA

Endereço: Rua Ronald de Carvalho, 161/204 - Telefone (021) 542-2374

Copacabana - Rio de Janeiro - RJ - 22021- 02

**RELATÓRIO-SÍNTESE DAS REUNIÕES DE USUÁRIOS
OCORRIDAS DURANTE A REALIZAÇÃO DO ENCONTRO
NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL EM SALVADOR**

No sentido de encaminhar a proposta de organização do 3º Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares na Baixada Santista, foram realizadas duas reuniões durante o Encontro de Salvador. A participação foi significativa: haviam 81 usuários na segunda reunião, representando vários núcleos do movimento, no país.

Algumas questões foram destacadas:

- 1- nos próximos Encontros do movimento - ao nível nacional, estadual, regional ou municipal -, devem ser garantidos espaços para a manifestação organizada desta fração do movimento - os usuários e os familiares -, cuja participação e mobilização tem mostrado sinais de crescimento notável.
- 2- o movimento deve organizar e sistematizar o conjunto de denúncias e informações das quais esta fração é depositária, constituindo um registro de forma de dossiê, de vídeo - que possam ser veiculados para o conjunto do movimento e para a formação de opinião, junto ao conjunto da sociedade.
- 3- alguns temas foram levantados - como significativos para serem objeto de discussão durante o 3º Encontro: o trabalho (nos aspectos previdenciários, a reflexão sobre o conceito de trabalho protegido, o estabelecimento de uma política de inserção no mundo do trabalho, envolvendo os sindicatos e centrais sindicais); a sexualidade; a religiosidade; o desencadeamento de medidas legais, de natureza civil, reparatórias e indenizatórias; a questão da interdição, da periculosidade, da inimputabilidade.
- 4- foi estabelecida a necessidade de que no 3º Encontro houvesse um espaço aberto, para todos os usuários e familiares que o desejassem, para expor a sua vivência de contato com a instituição psiquiátrica (esta foi a idéia matriz da proposta do Tribunal a ser realizado durante o 3º Encontro).

Associação Franco Rotelli

Fundada em 04/10/91

Rua Agamenon Magalhães, s/nº - CEP 11.090 - SANTOS-SP - Tel. (0132) 30-2621

ENCAMINHAMENTOS:

- 1- Abertura dos contatos conseguidos com as experiências/movimentos de diversos países latino-americanos para todos os participantes do movimento nacional da luta antimanicomial, numa tentativa de socialização.
- 2- Aperfeiçoar a rede nacional a nível de intercâmbios a fim de:
 - a) Favorecer a apropriação coletiva de dados conforme as necessidades;
 - b) Repassar relatórios, produções, propostas e informações no sentido exposto anteriormente;

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

- 3- Promover reuniões preparatórias de discussão da articulação latino-americana;
- 4- Estreitar o contato a nível do movimento com os países da América Latina para facilitar o mapeamento das referências antimanicomiais existentes ou em construção;
- 5- Pensar e debater na construção e criação de modalidades alternativas de geração de recursos para financiar as atividades do movimento;
- 6- No Brasil, as instâncias de referências para a captação das informações sobre a construção da articulação latino-americana serão aquelas definidas pela articulação nacional do movimento da luta antimanicomial.

PARTE II

TEXTOS QUE CIRCULARAM NO EVENTO

- 0- Boas vindas do Núcleo de Estudos p/ superação dos manicômios
- 1- Relatório Final do Encontro Estadual da Luta Antimanicomial de São Paulo
- 2- Relatório Final do Encontro Estadual da Luta Antimanicomial do Rio Grande do Sul
- 3- Relatório Final do Encontro Estadual da Luta Antimanicomial do Espírito Santo
- 4- Manifesto do Movimento Antimanicomial do Ceará
- 5- Manifesto do Conselho Federal de Psicologia
- 6- "Carta Aberta ao Encontro", do SOS - Saúde Mental de São Paulo
- 7- Documento do Núcleo de Saúde Mental do Partido dos Trabalhadores da Baixada Santista
- 8- Listagem dos vídeos exibidos durante a 1ª Feira Nacional de Produções e Experiências Antimanicomiais
- 9- Programação Cultural do Palco Livre

**NÚCLEO DE ESTUDOS PELA
SUPERAÇÃO DOS MANICÔMIOS
SALVADOR - BAHIA - SETEMBRO/93
SEJAM BEM VINDOS COMPANHEIROS!**

Quase seis anos após ao histórico Encontro de Baurú (dez/1987), estamos novamente reunidos em um fórum nosso, democrático e independente.

Mais amadurecidos, já podemos com alegria, mostrar os resultados fecundos da luta, ali enunciada, "por uma sociedade sem manicômios".

Durante este tempo a nossa utopia ganhou concretude, materializando-se em novas possibilidades para a vida de milhares de cidadãos, outrora condenados aos círculos viciosos dos hospícios.

A diversidade das produções que aqui se apresentam demonstram a vitalidade deste movimento social, que a despeito da conjuntura de crises, tem conseguido avançar empolgando técnicos, usuários e familiares, transformando conceitos, práticas e a própria cultura.

Nós do Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios desejamos que este Encontro seja uma oportunidade para avaliarmos a nossa trajetória e estabelecermos as bases teóricas, políticas e organizativas das novas conquistas.

Axé!

Este manifesto foi aprovado em dezembro de 1987 na plenária do II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental.

MANIFESTO DE BAURU

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e discriminação.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.

O estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão deste tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários Estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da organização dos trabalhadores em saúde mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

CONTRA A MERCANTILIZAÇÃO DA DOENÇA.

Contra a mercantilização da doença;

Contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária;

Por uma reforma sanitária democrática e popular;

Pela reforma agrária e urbana;

Pela organização livre e independente dos trabalhadores;

Pelo direito à sindicalização dos serviços públicos;

Pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988;

POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!

II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

RELATÓRIO FINAL DO ENCONTRO ESTADUAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL DE SÃO PAULO

TEMA I - A TRAGÉDIA NACIONAL E A PRODUÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO

1. A atual conjuntura político-econômica-social, é responsável pela tragédia da produção social do sofrimento psíquico.

A sociedade produz a neurose; o sistema leva as pessoas a serem consumistas, porém a pobreza não é a única responsável pelo sofrimento psíquico.

2. A contradição social leva a desigualdade, culminando com a produção do sofrimento.

A desigualdade traz o estigma às pessoas que não correspondem ao “modelo” de uma sociedade que se diz perfeita, se tornando um ser desviante.

A sociedade não é consciente de sua desestruturação e do quanto ela contribui na produção do sofrimento.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

3. O sofrimento também é gerado pela impotência de articular ações, de participar enquanto cidadão e colaborador na organização dos movimentos populares.
4. A questão da onipotência em resolver problemas econômicos-sociais.
5. A situação da tragédia leva ao uso de drogas e álcool, isto é, o problema social é maior que o de saúde.
6. Há interesse na produção do sofrimento mental, como forma de controle social, associado ao lucro e interesse político do sistema hospitalocêntrico.
7. A história brasileira é também marcada violentamente na área da psiquiatria nacional.
8. Violência sofrida por (portadores de sofrimento mental) pacientes psiquiátricos, são fatos registrados e de conhecimento social.
9. As instituições brasileiras de psiquiatria na sua quase totalidade, transformaram-se em verdadeiros casos de formação da loucura, tortura e extermínio gradativo de seus pacientes.
10. Formaram-se, ao percorrer da história, verdadeiros Grupos Empresariais que barganham inescrupulosamente a Saúde Mental no Brasil.
11. É incalculável o número de vítimas que a chamada "Psiquiatria Moderna" tem feito.
12. O pandemônio criado através do histórico da Psiquiatria, em especial a brasileira, é proveniente de:
 - a. Desleixo e má formação de muitos profissionais;
 - b. O abuso do arsenal químico disponível;
 - c. Omissão da maioria da sociedade;
 - d. Esquecimento das leis que regem a ética profissional (psicólogos, médicos, enfermeiros...);
 - e. A busca frenética da sociedade em achar um depósito para seus problemas;

Todos sabemos e vivemos na pele, as dificuldades de estarmos num país do 3º mundo, mas nem sempre nos damos conta do quanto isso é determinante para que as pessoas "adoçam" mentalmente.

Nossa realidade é a do arrocho salarial; inflação; violência; trabalhar muito e ganhar pouco; o chefe autoritário; o trabalho em turnos; morar longe do trabalho; enfrentar ônibus cheios; a correria do dia-a-dia; a falta ou as condições precárias e inadequadas de moradia; em locais reduzidos; sem privacidade e sem lazer; o desemprego e o sub-emprego; a necessidade da existência dos camelôs; a falta de respeito; a fome, a discriminação; etc; são fatores que levam a uma constante tensão social.

Na medida em que a contradição que se estabelece entre uma maioria explorada e uma minoria exploradora, acaba por influenciar na produção do sofrimento mental.

Na cidade de São Paulo foi realizada uma pesquisa, onde 18% da população adocece mentalmente devido à péssima qualidade de vida da maioria da população. É importante ressaltar que este é um índice bastante elevado, visto que houve um crescimento de quase 8% num prazo de apenas 5 anos.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Além de tudo, as pessoas têm a sensação de se sentirem culpadas pela sua condição de exclusão e discriminação material, educacional e até moral, omitindo a organização repressora e alienante que determina essa situação em prol dos interesses da classe dominante, produzindo operários mutilados, estudantes excluídos das escolas, pessoas passando fome, sem lugar para morar, etc. Estes fatos acabam por dificultar a organização da população num movimento de tomada de consciência.

O que fazer para que tudo isso se modifique?

A organização popular é um meio importante e responsável por esta transformação?

A melhoria da qualidade de vida, a igualdade, o respeito, o resgate e a construção da cidadania dependem da ação popular?

14. O processo educativo aponta a via de alienação das pessoas, tornando-as propensas a não questionar as más condições de vida, a divisão de renda e, portanto, concorrendo para o sofrimento destas e a sua institucionalização.
15. Algumas pesquisas epidemiológicas (nº constante de determinadas doenças, por exemplo), são argumento para negar a cidadania, o respeito, as diferenças, argumento que legitima o desrespeito.
16. Foi realizada uma pesquisa na cidade de Cubatão, significativo pólo industrial da Baixada Santista, envolvendo uma amostragem representativa na composição da classe operária da cidade, no período de 1983 -1985; relevam que 46% dos trabalhadores apresentavam queixas compatíveis com transtornos mentais.

Por isso se faz necessário que os trabalhadores de Saúde Mental, principalmente os inseridos em serviços públicos de saúde, estejam atentos à relação saúde/trabalho, tentando sempre pesquisar eventual nexos entre o sofrimento psíquico com as condições e a organização do trabalho.

17. A produção de sofrimento psíquico dos próprios trabalhadores de Saúde Mental, deve ser investigada, tanto em serviços públicos, como privados, em Saúde Mental.
18. O movimento da luta antimanicomial deve-se aliar aos sindicatos de trabalhadores, visando estabelecer e tornar público o massacre dos trabalhadores dentro das fábricas, a questão da melhoria da educação, saúde em geral, reforma agrária, incluindo greves, ocupações, etc.
19. Criar e garantir espaços para informações à sociedade dos fatores que geram sofrimentos psíquicos.
20. O histórico de terror da nossa psiquiatria não deve ser esquecido, e sim divulgado para que não seja repetido.
21. O Estado deve garantir o direito das pessoas viverem bem, principalmente as que tem maiores dificuldades e que precisam de mais ajuda, pois se uma pessoa está em sofrimento mental, e não existem equipamentos sociais de educação, lazer, trabalho, nem a garantia de ser tratado como cidadão, essa pessoa não terá alternativas para amenizar ou dar um novo significado ao seu sofrimento.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

22. Há necessidade de não se psicologizar, psiquiatrizar, medicalizar, ou seja, categorizar, o sofrimento mental e as condições sociais que as determinam. O profissional não é neutro e o movimento, assim como o governo, não devem ser paternalistas, o que significaria um sinal de alienação.
23. O movimento deve assumir a compreensão dos determinantes sociais do sofrimento mental.
24. O movimento deve desmistificar que a questão do sofrimento mental, que não é culpa das pessoas ou destino de Deus, mas explicitar a determinação do Estado e do sistema político na produção deste sofrimento.

TEMA II - A INVENÇÃO DA ASSISTÊNCIA: IMPASSES E POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS ANTIMANICOMIAIS

RELATÓRIOS DOS TEMAS ENTREGUES ATÉ O DIA 14.09.93

1. O caráter permanente do processo de luta do movimento antimanicomial.
2. Quanto à questão do respeito às diferenças das pessoas, foi discutido que para o movimento da luta antimanicomial o fundamental é explícito que a diferença não seja punida.
3. Quanto aos modelos assistenciais, o movimento deve reconhecer que não há modelos pré-concebidos, cada processo deverá encontrar o seu caminho. Vamos caminhantes, fazendo o caminho ao caminhar.
4. A situação de crise envolve um conjunto de dimensões problemáticas, situações que precisam ser compreendidas em sua globalidade. É importante ressaltar que a resposta à crise pode se dar nos vários serviços substitutivos rompendo com a lógica manicomial de que a crise precise ter como resposta o isolamento, desde que estes observem princípios fundamentais e imprescindíveis que não permitam a reprodução desta lógica.

Neste sentido, é importante, que se tenha também como princípio básico a colocação do vínculo de usuários dos serviços de saúde mental com os profissionais de sua confiança (em todas as etapas de seu tratamento) como um dos pontos centrais da assistência neste sistema.

A responsabilidade, a acolhida, a integralidade das ações e o respeito aos direitos da cidadania devem ser outros princípios sustentadores a fim de que a expressão do sofrimento mental dos indivíduos seja ele agudo (na crise) ou na sua cronicidade, possa ser abordado, possibilitando a autonomia e manifestação de subjetividades. Muitos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares pedem a continuação dos hospitais psiquiátricos por não terem outra escolha pois em muitos municípios só existem além dos hospitais, serviços cujas ações são restritas à medicalização daqueles que os procuram, sem nenhuma intervenção em seu meio social e sem um espaço de acolhimento e descanso para as fases mais difíceis destas pessoas.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

É necessário portanto que se criem de acordo com cada contexto local, alternativas ao manicômio. Fica como proposta, um levantamento pelo movimento da luta antimanicomial dos problemas existentes em cada local para a troca de informações que possam desembocar em sugestões para a superação das dificuldades.

Uma alternativa hoje existente e que se constitui em pontos polêmicos, é a enfermaria psiquiátrica em hospital geral cuja vantagem apontamos a de ser um passo no processo de desospitalização.

Uma possibilidade são os já existentes núcleos de atenção psicossocial com leitos à noite para que o vínculo usuário/equipe não seja rompido.

5. Os manicômios ainda utilizam as mesmas formas de tratar e percebe-se uma ausência de ações ou meios que levem a fomentar a conscientização das transformações.

A internação ainda é vista de forma ampla como meio de exclusão, onde outras alternativas de ações ou formas de assistência não são realizadas ou manifestas de forma efetiva.

A resposta que o Estado dá à saúde mental ainda segue a estrutura antimanicomial, há falta de comprometimento e responsabilidade pelos serviços e pelos próprios profissionais. O direcionamento das formas de agir com a saúde se baseia nos interesses políticos-econômicos dos dirigentes.

As dificuldades na construção de práticas outras na saúde mental perpassa pela forma como a sociedade se integra e participa na questão e quando se coloca para sociedade vemos desde o núcleo menor: a família e as demais relações sociais, há que se fortalecer através de ações esta mudança.

6. Os hospitais psiquiátricos, manicômios não são eficientes, nem terapêuticos, e tem outras serventias: é financeiramente lucrativo e às vezes encobre desejos da família em isolar a pessoa ou encobrir criminosos.
7. Necessidade de conscientização do usuário e da família (quanto ao sofrimento mental) dificuldade de enfrentamento "peso na família".
8. Não bastam tratamentos alternativos, deveríamos ter tratamento e/ou assistência para "pessoas alternativas" ou seja: que se respeitem as diferenças e as diferentes necessidades dos indivíduos.

Não se pode tratar todas as formas de sofrimento mental de maneira burocrática e/ou rígida (igual).

9. Falta de soluções específicas.
10. A utilização do trabalho e das atividades em Terapia Ocupacional, pode levar o usuário a maior conscientização, ser um caminho terapêutico e de reinsertão porém não basta que estejam vinculados às unidades de tratamento, deve-se intervir no cotidiano, no dia-a-dia dos indivíduos, na família e na Sociedade/Preconceito, Marginalização, Discriminação.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

11. Necessidade de Política de Saúde efetiva baseada nos princípios do SUS.
 12. Humanização e dignidade na assistência.
 13. Limites e limitações do sistema alternativo existem, porém devemos ter a compreensão que a transformação da situação das pessoas, depende da inversão da cultura manicomial, da necessidade de reformas práticas na assistência e de reformas legislativas.
 14. A reinserção social não necessariamente deve pensar nessa estrutura presente porém se prestar à criação de estruturas também diferenciadas ex: - trabalho cooperativado em economia informal, com autonomia dos grupos.
 15. Devemos nos utilizar dos exemplos que já temos porém manter-se com flexibilidade para eventuais mudanças e/ou ajustes nos modelos criados.
 16. Paternalismo/Assistencialismo X abandono do usuário.
 17. Deve haver prioridade das verbas públicas para o serviço público - A Saúde é um dever do Estado.
 18. Deve-se garantir a integralidade das ações de saúde a quem apresenta sofrimento mental. Deve-se privilegiar a atenção nos espaços gerais de saúde como as Unidades Básicas de Saúde, os Hospitais Gerais favorecendo a convivência e a experiência no transitar dos indivíduos aos espaços dos diferentes não em gestos iguais.
 19. O movimento não deverá defender modelos de saúde mental padronizados, mas referendar princípios comuns, não políticas de atenção em saúde mental que deverão ser criados segundo a realidade epidemiológica e social de determinado território.
 20. Apesar dos avanços das ações antimanicomiais ainda prevalece a prática da cronificação do doente mental.
 21. É necessário estender as ações antimanicomiais à população em geral, familiares de pacientes, etc...
 22. As ações antimanicomiais devem passar por um redirecionamento da política de financiamento do governo e criação de equipamento antimanicomizantes mais eficazes.
 23. É necessário discutir e definir:
O que fazer com o grande número de internos que ainda permanecem nos hospícios?
 24. A co-responsabilidade enquanto cidadão de como estamos ligados na construção das práticas antimanicomiais e não só enquanto segmentos (de técnicos, por exemplo).
 25. A questão se apresenta em como, criar e/ou expandir a rede de serviços alternativos, se os órgãos alegam falta de verbas, materiais.
 26. Mobilizar e sensibilizar a população para enfrentamento do sofrimento psíquico, garantindo o tratamento em equipamento de atenção integral.
 27. A população deve se organizar para enfrentamento da falta de equipamentos de atenção ao sofrimento psíquico.
-

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

28. Que sejam ampliados os serviços alternativos principalmente em cidades onde existam manicômios, havendo com isso um enfraquecimento dos manicômios e facilitando a luta antimacinal.
29. Que o Estado invista na ampliação dos serviços substitutivos ao hospício segundo a necessidade local territorial, reorientando os recursos financeiros no privilegiamento ao serviço público de saúde mental.
30. Que os eletrochoques, camisas de força e solitárias sejam banidos definitivamente de todo e qualquer tipo de tratamento psiquiátrico.
31. Reciclar os profissionais da área de saúde, desde o porteiro do Hospital Psiquiátrico, passando pela camareira que troca as roupas de cama dos pacientes.
32. Criar leis que obriguem os planos de saúde e hospitais conveniados a prestar os serviços e tratamento na área de saúde mental.
33. Os impasses em qualquer situação de mudança existem, mas temos certeza da nossa criatividade em continuar ampliando a rede alternativa e procurando novas formas de uma maior proximidade do diferente no convívio social.

COMENTÁRIOS

TEMA III

1. Ficou faltando citar que é preciso ampliar as formas de lidar com a loucura e sofrimento de um modo geral, utilizando-se como instrumento a arte popular, através de projetos conjuntos que envolvam artistas, intelectuais, enfim pessoas que tem afinidades com o mágico, o criativo, o saber popular.
2. Que absurdo é este de movimento altruístico?
E o caráter político deste movimento?
E a proposta de relações sociais que ele tem?
Não é fundamental que o movimento tenha clareza de suas bandeiras e perceba seu movimento político?
Pode este ser político no contexto de sociedade e portanto nas relações sociais?
3. No que diz respeito a questão cultural, é necessário que seja ampliada e aprofundada no que diz respeito a questões específicas, como instrumento de transformação, no contexto da sociedade como um todo.
4. Por que aumenta a cada dia mais, jovens com este triste problema tão grave de saúde?
Por que razão o nosso governo não dá mais atenção à saúde mental do Povo Brasileiro?
5. Nos Centros de Convivência deveriam ter mais recursos humanos e mais materiais para o desenvolvimento das atividades e uma melhor potencialidade dos usuários.
6. Moção denunciando as chantagens que os técnicos fazem com os pacientes em manicômios,

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

exigindo que eles lhes dêem as coisas que seus familiares levam para eles, nas visitas, ameaçando-os de castigos, torturas e isolamentos se eles se recusarem.

7. Moção de repúdio.

Hoje no município de São Paulo, com a proposta da criação dos ambulatórios de farmacodependentes, é reforçada a cultura manicomial. Segregando pessoas que necessitam de um atendimento como aqueles que sofrem de outros agravos de saúde.

Necessitamos de atendimento aos farmacodependentes: contratação de novos profissionais, investimento na formação e capacitação para que o trabalho possa ser realizado nos equipamentos não existentes.

Pela extinção de qualquer tipo de segregação.

8. O ridículo ao qual ficou exposto, condicionando o ser humano, ao descaso científico, falta de critérios de análise, visão e projeção unilateral da mente humana, terapêutica incompleta, metodológica, ultrapassada baseadas em leis de mil novecentos e antigamente, falta de um trabalho conjunto e multiprofissional, deixou bem clara a questão:

A Saúde Mental é um caso específico do psiquiatra?

Como ficou o trabalho dos profissionais que durante tantos anos foram barrados?

A linha de trabalho em si tem que abranger todos os fatores existenciais que atuou no distúrbio comportamental do ser humano?

COM RELAÇÃO AO TEMA III (LUTA ANTIMANICOMIAL E INTERVENÇÃO CULTURAL: A CULTURA COMO ALVO E A CULTURA COMO MEIO), FORAM APROVADOS EM BLOCO:

1. A sociedade pela sua forma de estruturação, como se apresenta hoje, depara-se com um quadro de estagnação, inclusive diante dos fatos concretos e lesivos.

A resposta vem em forma de imobilidade; passamos a ser ouvintes e telespectadores e não intervimos, não agimos.

Este parecer retoma o fato de como as informações, as trocas de saberes, o dominar, dominante, se dão de forma vertical, de forma também estigmatizante, onde a comunicação é elitizada e elitizante.

Neste contexto não há transformação, ainda se cultua, por exemplo, que o saber está em poder dos técnicos. Há a necessidade de conscientização que todos podem participar deste saber, pois todos sentem e experienciam a vida.

É necessário organizar movimentos que construam uma nova visão, que desmistifique este quadro.

Criar formas de intervenção na estagnação da sociedade, visando sua transformação, atuando na formação dos indivíduos desde pequenos, intervindo nas creches, escolas, etc.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

2. Há na sociedade um desconhecimento bastante grande a respeito das alternativas ao manicômio, é necessário se trabalhar para a inversão desta situação.

Uma proposta é a adição do slogan: “Por alternativas ao manicômio” acompanhando o já conhecido: “Por uma sociedade sem manicômios”, já que este último isolado pode dar margem ao pensamento de que o movimento da Luta Antimanicomial apóia o simples fim dos manicômios, sem se responsabilizar pelo cuidado de seus antigos usuários.

Esta desinformação da sociedade está também apoiada em inúmeros preconceitos em relação às pessoas com sofrimento mental; isto só vai poder ser mudado quando houver um investimento na volta para o meio social daqueles que foram excluídos, com a criação de equipamentos de convivência destes com as pessoas de sua comunidade, principalmente, com os novos cidadãos (crianças e adolescentes), que são aqueles que formarão o pensamento de uma futura sociedade.

Há também a falta de investimento na formação de uma nova mentalidade dos profissionais de saúde mental. É preciso investir na formação do novo profissional que se forma nas universidades e, nos profissionais de todos os serviços de saúde por onde transitam os usuários dos serviços de saúde mental.

3. As ações antimanicomiais devem intervir na cultura e modificá-la.

As práticas antimanicomiais devem passar pela revisão do papel dos técnicos da saúde, no seu papel de poder diante do doente.

As ações antimanicomiais devem se dar através da organização popular.

4. Como um princípio antimanicomizante, não reproduzir tratamentos e procedimentos burocráticos que lesem as pessoas em suas trocas e relações;

- investir nas ações de educação e formação social que apresente respeito dos diferentes, observando que os direitos devem ser iguais;
- utilizar as manifestações culturais como meio de contra-cultura de enfrentamento ao pensamento manicomial, através de teatros, shows, passeatas, como forma de difundir a não discriminação e a não segregação;
- o movimento antimanicomial deve divulgar e se posicionar criticamente frente aos serviços substitutivos que se mostram manicomiozinhos abertos, ou seja, não facilitadores de expressão da subjetividade e de opções;
- que as ações ambulatoriais se resumam a triagem, tratamento medicamentoso e porta de entrada para o Hospício, como são hoje a realidade dos ambulatorios de saúde mental.

O movimento deve entender por manicomial espaços e relações que se manifestam para além dos Hospícios - a cultura manicomial presente na institucionalização dos indivíduos, seus desejos e suas manifestações mais singulares.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

5. Existe sim uma cultura manicomial no Seio Social Brasileiro. É fomentada pelo comodismo e a pressa de livrar-se do problema de dentro de casa; argumento este explorado e usado para a continuidade do Sistema Manicomial no Brasil.

Cabe a nós da Luta Antimanicomial sermos mais contundentes na divulgação das várias alternativas existentes.

Teremos a consciência que fazemos parte de um movimento em primeiro lugar altruista;

Enfrentar as variações políticas exigindo a continuidade de nossas conquistas.

6. O movimento deve tomar a iniciativa de promover a divulgação de experiências culturais, engajadas na Luta Antimanicomial.

Foram ressaltadas duas experiências que devem ser respaldadas: A experiência do movimento "Loucos pela Vida", desenvolvida no âmbito do Juqueri e a experiência da Rádio Tam-Tam, em Santos.

7. Existem em alguns sindicatos comissões de saúde, trabalho e meio ambiente; o movimento de saúde mental deve tentar criar juntamente com os sindicatos interessados, programas de saúde mental, realizando palestras sobre as causas do stress e dos problemas emocionais.

8. Um grande obstáculo para a transformação da assistência é a cultura manicomial enraizada fortemente na sociedade e nas pessoas, altamente discriminativa e marginalizadora.

Deve haver aceitação das diferenças e a construção de uma sociedade justa, que seja capaz de respeitar as diferenças dos indivíduos.

9. Consideramos que temos instalado uma situação de cultura manicomial na sociedade; só teremos uma transformação através da própria cultura, portanto propomos:

- repensar urgentemente o papel das instituições formadoras, escolas e universidades;
- implementar a divulgação dos serviços alternativos em combate ao sofrimento psíquico;
- o movimento da Luta Antimanicomial deve continuar realizando atividades culturais nos espaços abertos e públicos.

10. A questão da reciclagem dos profissionais, revendo suas próprias culturas manicomiais (supervisão, cursos, etc).

A transformação da cultura manicomial com a criação da assistência das práticas antimanicomiais que integrem a uma sociedade "medrosa", os diferentes, possibilitando a troca destas diferenças;

Necessidade da divulgação com mais eventos de rua; procurar os meios de comunicação;

Necessidade do resgate às culturas regionais e transformação das culturas de elite e classe dominante.

**TEMA IV - LEGISLAÇÃO PSIQUIÁTRICA: A
(RE) CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS PELA VIA LEGAL**

- QUESTÃO DA INDENIZAÇÃO

Se for provado que o paciente foi prejudicado por qualquer tipo de abuso ou violência de qualquer espécie; danos físicos, morais e/ou financeiros; erros de diagnósticos ou ainda internações indevidas, que ele receba as indenizações financeiras correspondentes. Que o prazo estabelecido pela lei para prescrição das penas seja abolido. Que todo procedimento jurídico seja acompanhado e assessorado por técnicos de Saúde Mental.

Como sabemos ser importante lutar para garantir nossas conquistas, que se lute para que as Leis e Normas se efetivem. Sabemos que esse processo é moroso e cheio de embates políticos.

O movimento da Luta Antimanicomial deve se organizar ampla e independente da aprovação das leis.

Que as leis existentes não sirvam para normatizar a sociedade, ditando-lhe os rumos, mas ao contrário, que as leis sirvam para regulamentar os anseios da sociedade.

Que seja criada uma legislação que garanta os direitos civis, devolvendo a cidadania aos usuários do serviço de saúde mental.

Que os projetos que propõe a Reforma Psiquiátrica, não permitam em sua redação, que setores interessados na continuidade do modelo manicomial se aproveitem de falhas ou trechos dúbios para fazer valer sua opinião. Neste sentido a legislação sobre a proibição da construção de novos manicômios e sua substituição por novos serviços, deve ter prazo determinado e ser priorizada, ficando a questão sobre o tipo de tratamento para ser discutida ponto a ponto pelo maior número possível de segmentos interessados no fim do modelo manicomial.

Assegurar a efetivação do SUS, garantindo na Constituição Federal, em seus princípios básicos de descentralização, municipalização das ações de integralidade custeadas pelas verbas dos poderes públicos federal, estadual e municipal.

Organizar delegações municipais para acompanhar o debate do substitutivo ao Projeto de Lei 366/92 dia 18/08 na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo.

O paciente em tratamento não perde o direito ao seu emprego.

A Lei deve existir no sentido de orientar a prática e garantir o não retrocesso dos avanços.

Para a efetivação das Leis aprovadas com relação ao avanço legislativo na saúde mental, se faz necessário criar comissões de Reforma Psiquiátrica, que deverão se dar junto aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, objetivando, operacionalizando e planejando a reforma. Nestas comissões, há que se garantir a participação dos diversos segmentos sociais (sindicatos, comunidade científica, movimentos populares, OAB, e outros).

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Item 4 - Música - Grupo 3

É um absurdo a figura do médico-psiquiatra continuar ainda sendo uma figura intocável.

- No histórico forense brasileiro nenhum caso de punidade legal é conhecido por erro médico-psiquiátrico.

- Nenhuma indenização aos vitimados dessa coisa chamada ' Psiquiatria Moderna" é conhecido - tamanha hipocrisia.

- Ahamos fundamental uma maior atenção por parte do movimento nestas questões.

A sociedade é devedora de indenizações por conivência na tortura e, abusos de todos os direitos de milhares de vítimas-Psiquiatrizadas.

TEMA IV: GRUPO MÚSICA 1

- Cidadania: não se trata de resgate de cidadania e sim de construção da cidadania visto que no Brasil não temos isso internalizado.

- Necessidade de regulamentação/normalização p.e. para internação voluntária/involuntária.

- Necessidade de acompanhamento na prática do que as leis estabelecerem quando aprovadas.

- Rediscussão de questões relativas à aposentadoria, p.e.

- Conceitos técnico - científicos são utilizados para negar a cidadania, o respeito, às diferenças.

- Reforma legislativa acompanha reforma na assistência e a transformação da cultura manicomial.

TEMA V: A LUTA ANTIMANICOMIAL E AS INSTITUIÇÕES ESTATAIS: CONTRADIÇÕES, PARCERIAS E AMBIGUIDADES.

Para se realizar em movimento de forma a se ter uma resposta mais efetiva deve ter sua face própria, mas compartilhando, fazendo parcerias com demais movimentos envolvidos com as questões sociais, com a participação de diferentes segmentos da sociedade, participação popular, sindical, associações, etc... Os movimentos devem ser ampliados pois deparamos com fatos concretos de agressão à sociedade, aos cidadãos e estes são passados como se ocorressem isoladamente. Há necessidade de um movimento próprio mas articulado com a saúde e os demais segmentos como um todo.

PROPOSTAS:

- As ações devem ser feitas em conjunto com a cultura, educação, ação social, etc...

- O movimento deve dar enfoque não somente ao usuário, mas aos profissionais envolvidos, necessidade de troca de experiências e devemos questionar que tipo de formação é dado hoje aos profissionais.

- O movimento deve dar subsídios para implementos de ações na saúde mental onde formem um elo de referência para locais que queiram investir na área, não com modelos prontos, mas como experiências adequadas a cada realidade.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

- maior divulgação;
- **que as cidades participantes enviem um dossiê de como está a atenção à saúde mental e como caminha o movimento;**
- **que se mantenha no relatório final a redação proposta para o tema V pelo movimento SOS Saúde Mental;**
- coordenação com caráter administrativo a nível de macro-região sem ônus da obrigatoriedade de arcar com a infra-estrutura sozinha;
- custeio, através do pagamento bimestral de 1% do salário mínimo por pessoa física e 2% por entidade, para atenuar a dependência financeira;
- manifestar publicamente que o movimento antimanicomial não está junto na política ministerial de "humanização e maquiamento dos hospitais psiquiátricos";
- é possível a parceria, mas não dependência com as instituições estatais;
- é preciso discutir a organização hierárquica e legal do movimento;
- o não financiamento da rede privada e sim o repasse de verba para a continuidade e ampliação das alternativas já existentes;
- formação de comissão que atuem com firmeza tanto no levantamento das denúncias, formação dos conselhos de saúde;
- formação de comissões encarregadas de angariações de verbas, apoios internacionais, produção de eventos, etc...
- que os princípios sejam pensados por cada unidade de trabalho em saúde mental e levados para discussão e sistematização na reunião Nacional em Salvador;
- **que as associações de familiares tenham a função de poder entrar em qualquer hospital psiquiátrico, a qualquer hora, com o objetivo de defesa de qualquer paciente e para garantir os seus direitos.**

Obs: Redação proposta do tema V pelo SOS Saúde Mental. A luta antimanicomial e as instituições estatais: contradições, parcerias e ambigüidades.

O movimento da luta antimanicomial que se firma como um movimento social, se coloca várias tarefas no e para o enfrentamento de culturas e políticas manicomiais.

Discutir seu papel e sua contribuição nessa nova política e cultura faz parte do pensar seus caminhos; definir seus parceiros e aliados; espaços de lutas, e que, portanto, necessitam serem ocupados.

Nessa definição de parceria, pode-se pensar na relação com o Estado, sendo este representado por suas instituições. E que talvez se pode pontuar contradições e ambigüidade nesta relação que o movimento deve monitorar-se para enfrentar. Pois ao movimento cabe intervir enquanto movimento social, combatendo políticas hospitalocêntricas, segregadoras e discriminatórias que atacam a cidadania dos acometidos de transtorno mental; denunciar tais políticas e chamar o conjunto da sociedade civil neste combate.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Enfim ocupar espaço no sentido de se constituir como referencial para a sociedade enquanto movimento que luta em defesa da cidadania.

Neste sentido cabe ao movimento apresentar propostas concretas na substituição dos hospícios, na reformulação de políticas psiquiátricas, etc.

Porém o movimento deve reconhecer seus avanços, lutando pela manutenção de espaços, já conquistados, no gerenciamento de política de saúde (Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Gestores, Comissões Tripartites) e pela ampliação destes.

Nestes espaços o movimento pode trabalhar em parceria com o Estado na implementação das propostas antimanicomiais, porém mantendo sua autonomia, enquanto representante dos setores populares, não se confundindo, e, mantendo sua independência do Estado.

Portanto o movimento necessita criar formas de se construir com estrutura própria, pois do contrário, cria uma dependência, pelo menos a nível material, do Estado. Sendo qualquer dependência do Estado comprometedor para a própria vida do movimento, pois se pode forjar neste processo, uma relação tutelar movimento/Estado.

Não obstante o próprio movimento antimanicomial enquanto uma articulação que tem em sua identidade o pluralismo da participação de trabalhadores, entidades, usuários, familiares, outros movimentos sociais... precisará estar organizado de forma a facilitar este vasto leque em sua composição e ao mesmo tempo funcionar de forma não hierarquizada.

Sabemos que o movimento Estadual da luta antimanicomial vem ensaiando há bastante tempo sua organização em forma de rede, ou seja, sem estruturas hierárquicas de poder, e mais recentemente experimentando uma organização por núcleos regionais (divisão por macros) com referências em cidades, grupos, ou entidade que assumem o papel de coordenação administrativo-lojística (possibilitar encontros, encaminhar comunicados, xerox, repassar atas...) sem entretanto dar a direção política ou deliberar sobre o destino do movimento, o que é delegado a encontros e plenárias gerais ou macro-regionais.

Como avançar do ensaio para uma identidade prática do movimento? Deve se pensar sua autonomia para além das entidades não-governamentais (CRP, Sindicatos...)?

Se pensar numa auto-sustentação financeira?

MOÇÕES NÃO AGRUPADAS REJEITADAS

Moção contra a criação de um "Mini-Manicômio" com quarenta leitos em Santos.

Achamos que pode e deve ser criado e posto em funcionamento em hospital nos moldes do "Santa Tereza" em Ribeirão Preto, contando inclusive com técnicos reciclados de acordo com o que deliberarmos nesses encontros que estamos promovendo.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

MOÇÕES APROVADAS

Sou contra ao atual processo manicomial, ou seja, cárcere de manicômio, é preciso mudar este sistema. Mas para isso temos de pensar e achar uma solução para aqueles pacientes que não tem condições de conviver no seio da família, o caso das famílias que tem paciente ou seja doente mental também tem que ser pensado seriamente.

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS ESVAEL - SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO.

Moção de Apoio ao Projeto de Lei de nº 366/92 da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo.

Os participantes do I Encontro Estadual da Luta Antimanicomial, realizado nos dias 14 e 15 de agosto de 1993 em Ribeirão Preto, com a presença de representantes de todo o Estado de São Paulo, manifestam seu apoio ao Projeto de Lei nº 366/92 do Deputado Roberto Gouveia em tramitação na Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo.

Este projeto vem responder às necessidades de superação do modelo manicomial e asilar; de exercício pleno da cidadania das pessoas portadoras de Sofrimento Mental; e de promoção da interação social e ao acesso às necessidades que viabilizem a existência e a vida material e cultural destas pessoas.

Esta plenária defende que, para o aperfeiçoamento do Projeto, sejam suprimidos, os artigos referentes aos princípios de utilização de terapêuticas biológicas (Eletrochoque, Insulinoterapia e Convulsão Cardiológica), substituindo por um artigo que explicita a "Proibição incondicional destas terapêuticas. Considerando-as como práticas violentas e lesivas à integridade física, psíquica e social dos indivíduos submetidos a elas".

Neste sentido os participantes do I Encontro Estadual da Luta Antimanicomial, pedem aos Srs. Deputados Estaduais da Assembléia Legislativa, a aprovação do Projeto de Lei 366/92, e decidem acompanhar permanentemente sua tramitação, aprovação e aplicação. Ribeirão Preto 15.08.93

Encaminhar ao:

- Presidente da Assembléia Legislativa
- Presidente da Comissão de Saúde da ALESP
- Relator do Projeto de Lei nº 366/92 na Comissão de Saúde
- Deputado Roberto Gouveia

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

PROPOSTA:

Que o movimento assuma ou auxilie o encaminhamento de denúncias acerca do que acontece no interesse dos hospitais psiquiátricos, ao Ministério Público, para as medidas legais e penais cabíveis.

As investigações destas denúncias será um passo importante para a criminalização da violência dentro destas instituições e o passo inicial para a responsabilização dos proprietários destes hospitais do Estado, nos acontecimentos denunciados. Por outro lado, propomos, reparatórios e indenizatórios; serão desencadeados a partir destes procedimentos.

PROPOSTA A SER APRESENTADA À PLENÁRIA

Durante o ano de 1992, um grupo de técnicos em Saúde Mental, militantes do movimento da luta antimanicomial, constituíam uma Comissão Técnica de Apoio à investigação do uso do Complexo Hospitalar do Juqueri pela repressão política, realizada por uma Comissão de Parlamentares, da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo.

Várias visitas foram realizadas ao Juqueri, os prontuários dos presos políticos que passaram pelo Juqueri foram obtidos, depoimentos dos mesmos foram realizados, assim como de pessoas envolvidas, com esta questão, na época.

Todo este material pode e deve ser sistematizado, constituindo documentação de grande significado para a compreensão da instituição psiquiátrica.

Assim, propomos à Plenária:

1. Que o conjunto do movimento apóie esta iniciativa e acompanhe os passos finais da investigação.
2. Que autorize que todo este material seja publicado e divulgado, como expressão do movimento.
3. Que esta proposta, caso seja aprovada, seja apresentada no Encontro Nacional.

Ribeirão Preto, 15 de agosto de 1993

Francisco Drumond

Florianio

Nacile

Cristina

Rui

Elizabeth

Messias

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

PROPOSTA:

Que o movimento assuma ou auxilie o encaminhamento de denúncias acerca do que acontece no interesse dos hospitais psiquiátricos, ao Ministério Público, para as medidas legais e penais cabíveis.

As investigações destas denúncias será um passo importante para a criminalização da violência dentro destas instituições e o passo inicial para a responsabilização dos proprietários destes hospitais do Estado, nos acontecimentos denunciados. Por outro lado, propomos, reparatórios e indenizatórios; serão desencadeados a partir destes procedimentos.

PROPOSTA A SER APRESENTADA À PLENÁRIA

Durante o ano de 1992, um grupo de técnicos em Saúde Mental, militantes do movimento da luta antimanicomial, constituíam uma Comissão Técnica de Apoio à investigação do uso do Complexo Hospitalar do Juqueri pela repressão política, realizada por uma Comissão de Parlamentares, da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo.

Várias visitas foram realizadas ao Juqueri, os prontuários dos presos políticos que passaram pelo Juqueri foram obtidos, depoimentos dos mesmos foram realizados, assim como de pessoas envolvidas, com esta questão, na época.

Todo este material pode e deve ser sistematizado, constituindo documentação de grande significado para a compreensão da instituição psiquiátrica.

Assim, propomos à Plenária:

1. Que o conjunto do movimento apóie esta iniciativa e acompanhe os passos finais da investigação.
2. Que autorize que todo este material seja publicado e divulgado, como expressão do movimento.
3. Que esta proposta, caso seja aprovada, seja apresentada no Encontro Nacional.

Ribeirão Preto, 15 de agosto de 1993

Francisco Drumond

Floriano

Nacile

Cristina

Rui

Elizabeth

Messias

**RELATÓRIO FINAL DO ENCONTRO
ESTADUAL DO MOVIMENTO DA LUTA
ANTIMANICOMIAL DO RIO GRANDE DO SUL**

APRESENTAÇÃO

Temos construído muitos espaços de resgate da qualidade de vida.

Desta louca vida.

Nos dias 26, 27 e 28 de agosto de 1993 em Porto Alegre, na Usina do Gasômetro, estivemos reunidos no Encontro Estadual do Movimento da Luta Antimanicomial para discutirmos os temas propostos para o Encontro Nacional.

DE PERTO

NINGUÉM

É NORMAL

CAETANO VELOSO

FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL

Conselho Regional de Psicologia - 7ª Região

Av. Osvaldo Aranha, 1423 - Sala 102 - Fones: 335-1838 - 330-3458
90035-191 - PORTO ALEGRE - RS

I - A PRODUÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO

O "APARTHEID" SOCIAL: MATRIZ PERVERSA

NO CAMPO

A vida no campo como tranqüila, farta e sem ansiedades faz parte, hoje, de realizações e de mitos. Os povos têm sua história de vida marcada pela fome, falta de moradia, falta de ensino e lazer e, principalmente pelo isolamento. A falta de terra para um número maior de gaúchos é, cada vez mais geradora de uma situação de pobreza sem precedente.

A concentração de propriedade da terra é indicativa da concentração de poder nas mãos de poucos que oprimem e utilizam o trabalho de muitos. A formação de bolsões de miséria e verdadeiras favelas rurais apresenta-se como a nova estampa do Pampa Gaúcho; latifúndios improdutivos e municípios com crescimento negativo contrastam com o inchaço das grandes cidades. Os poucos minifúndios restantes estão restritos a terras de pouco valor comercial e produtivo.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

NA CIDADE

Nos últimos sessenta anos o processo de urbanização acelerou-se. No final do século XX a maioria das pessoas passaram a ser urbanos. As cidades reproduzem um modelo político sócio-econômico caracterizado pela centralização, colonização e de esgotamento dos Recursos naturais. Ao longo da história tivemos no Brasil diferentes ciclos econômicos e cidades pólos como Salvador e Rio de Janeiro. A cidade que hoje representa o modelo econômico vigente é São Paulo, porque o que ocorre nesse centro, tem ressonância nacional e internacional.

Brasília será um dia capital de fato?

A relação de dependência entre cidades grandes e pequenas repete-se em todas as regiões; nos pólos metropolitanos vivem um terço da população; dois terços, portanto, 80% dos 5.000 municípios brasileiros tem menos de 30 mil habitantes.

O modelo de "apartheid", de desigualdade social, agravado pelo neoliberalismo, existe em todos. No entanto, o que é visível e inscrito no âmbito sócio-cultural que produz a subjetividade e os valores, é a parte dos recursos disponíveis de uma parcela que não chega a 20% do total da população. E os demais? Esses tem seu futuro congelado porque nasceram e vivem em lugares desvalorizados. Mais ainda, o desejado e o valorizado estão fora, porque o conhecido, aquele que faz parte do seu grupo, é desprezível.

Assim, homens, mulheres, e os meios de comunicação transmitem às gerações que o futuro é noutro lugar. Vamos produzindo insônia, humanos incapazes de sonhar, genocidas de futuro.

A vida dos pequenos municípios do Sul é marcada por suicídios, homicídios e violência contra crianças e mulheres; há um aumento dos óbitos por "causa externa" e os registros por "causa mal definida" que escondem esses dados de violência. A mulher não registra na polícia os maus tratos, mas registra na depressão e no isolamento que são expressos através do seu silêncio e sofrimento. O planejamento familiar e a impossibilidade de decidir sobre a sua própria sexualidade são violências que aumentam o número de cesárias e a realização de "ligaduras" sem critérios.

NAS RESERVAS INDÍGENAS

Nas "reservas indígenas" exterminam-se, silenciosamente, a cultura e os filhos dos índios. Conhecidos como bugres, eles são dependentes da cidade, do comércio, da cultura e dos valores de um povo que não é o seu. O mundo hoje volta a encruzilhada da civilização ou barbárie, ou seja, o que se construiu foi uma falsa civilização. Os homens continuam matando por diferenças sociais, étnicas, religiosas, ideológicas e econômicas. As misérias humanas transformaram-se em mega-misérias-planetárias. A cultura é do extermínio.

AUSÊNCIA DE CIDADANIA: MONTAGENS PERVERSAS

Os diversos setores e as diferentes instituições reproduzem e perpetuam as distorções sociais: na educação as escolas escolarizam, inibem o processo de aprendizado; na saúde, os serviços medicalizam e excluem; na justiça, as prisões criminalizam e transformam os marginalizados em excluídos.

O serviço de saúde produz sofrimento na forma como atende ou exclui do atendimento. Produz dor por sua impessoalidade e seu descompromisso com os usuários. Os trabalhadores de saúde queixam-se que os pacientes se queixam e, em troca, fornecem a medicação que reforça o sofrimento e soma recursos para a indústria farmacêutica.

A corrupção, a burocracia, o clientelismo, o paternalismo, o assistencialismo e o corporativismo são algumas montagens instituídas. Há uma produção ativa para o não exercício de cidadania; investe-se na ignorância, na lógica do imediato, do "pra que participar", do "cada um por si".

As instituições - família, escola, serviço de saúde - geram identidades desde a exclusão: as pessoas são reconhecidas por serem "loucas", "bêbadas", "agressivas" e, para não serem ignorados assumem esses rótulos.

A tragédia nacional não está baseada na ingerência do cidadão sobre o Estado. Até quando grupos de cidadãos terão que criar e inventar formas de garantir um direito que é um dever seu e do Estado?

O TEMPO E A CORAGEM DE MUDAR

É preciso resgatar e criar espaços sociais onde se tem a voz e sejamos ouvidos. Espaços reconhecidamente deliberativos de acesso a informação, de efetiva participação popular e exercício da cidadania.

Nossa maior produção, como MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL é termos assumido plenamente nossos papéis de cidadãos, o que nos transformou em militantes sócio-políticos que exigem e garantem o que é de direito: condições adequadas de atendimento e de vida.

Um projeto de futuro passa pela construção da possibilidade de dar um novo significado, dar um novo caminho a própria história. Trabalhar com dados que explicitam a violência e a produção do sofrimento contribuem para a construção da cidadania de muitos gaúchos e de uma nova sociedade.

As políticas sociais devem deixar de ser filantrópicas e assistencialistas para serem viabilizadoras de vida digna e de cidadãos. Portanto, devem ser prioritárias e norteadoras das políticas econômicas. Nesse contexto é possível um desenvolvimento sustentável à autogestão e a um sistema cooperativado.

As cidades se transformam à medida que trabalham na inversão de prioridades e valorizam o ser humano; geram empregos quando dirigem recursos para políticas sociais, constituindo-se espaços de resistência à política neo-liberal. Os municípios necessitam de cidadãos.

Os municípios são espaços privilegiados para as mudanças e são desafiados a tornarem-se, cada um, um lugar desejável para cada criança que é natural deles. A sustentarem o sonho de cada adolescente que se desenvolve neles, só assim, poderemos viver uma nova ética, construindo solidariedade, cidadania e futuro.

II - A LUTA POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS:

INTERVENÇÕES CULTURAIS

A História reflete a lógica de que os desiguais e os diferentes devem ser punidos pela exclusão. Exclusão perpetuada ao longo das civilizações, na história da humanidade. Que civilização é essa? A que segrega, exclui, marginaliza, encerra - a não civilizada.

A desinformação e o desconhecimento tem servido para legitimar a exclusão. A sociedade exclui para se descomprometer, para não compartilhar com aqueles que não entende. É preciso haver uma mobilização popular para que se transforme esse quadro cultural. É preciso construtores de cidadania que sejam solidários e tolerantes e que sejam capazes de conviver com as diferenças.

A CONSTRUÇÃO DO COLETIVO CULTURA DE RUA

A loucura na rua é vista através dos excluídos, da miséria dos não produtivos. A rua serve como depósito dos que não se integram às instituições, portanto, lugar de agressão, prostituição, desagregação, miséria e de impossibilidade de inserção no coletivo. A isso a sociedade ainda responde com o confinamento: asilos, hospitais psiquiátricos, presídios e febéns. A mudança desse quadro requer esforços coletivos da pessoa de rua e das organizações formais e informais da sociedade.

O movimento por uma sociedade sem manicômios tenta intervir nessa cultura apostando na construção de cidadania dessas pessoas, a partir de um novo conceito e do entendimento de que a rua não é só um espaço entre casas e pessoas, mas um espaço de trabalho, lazer, sobrevivência e desenvolvimento de cidadania. A solidariedade é geradora de saúde.

Com observação, aproximação, e as trocas de padrões culturais é que conseguimos criar vínculos capazes de transgredir e transcender valores, preconceitos mútuos em relação ao povo das ruas. Apostando na potencialidade deste espaço urbano é que podemos construir cidadania, explicitar nossos conflitos e encarar de frente nossos fracassos.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

VESTINDO A CAMISETA

Criar, vender e vestir camiseta é uma das formas de militância. Podemos reconstruir nossa trajetória, enquanto movimento social através das frases:

- De perto ninguém é normal (Caetano Veloso)
- Qualquer amor é saúde, um descanso para a loucura (Guimarães Rosa)
- Caminante no hay camino, se hace camino al andar (A. Machado)
- Não temos medo, estamos assustados com nossa própria coragem (Saramago)
- Saúde alegria do corpo, alegria saúde da alma (Magnólio)
- Loucos pela vida
- Pior que massa encefálica falida, é massa encefálica poluída (Vanderci)
- Mais louco é quem me diz que não é feliz (A. Bastos/Rita Lee)
- Vida Louca, vida breve, vida imensa (Cazuza)
- Manicômio faz mal à saúde
- O chão pode nos prender, mas nos possibilita caminhar
- Nossa casa: aqui os muros não crescem (F: Resini)
- Chega di hospício (Ioffi)
- Louco sem ser doído. (Clarice Lispector)
- Somos uma experiência que esta dando certo (Rubem Ferro)
- Não estamos desorientados, temos vários nortes (A. Turkenicz)
- Somos... Insuportáveis (Sandra Fagundes)
- Sonho que se sonha junto é realidade (Raul Seixas)
- Viver e não ter a vergonha de ser feliz (Gonzaguinha)
- De militonto a militante (C. Oliveira)
- Tome consciência, desmonte esta loucura
- Loucura maior é o preconceito
- Aqui descobri que sou normal oculto (A. Bernardi)
- São Pedro Cidadão
- Convivendo com as diferenças
- Louca Vida

A CIDADE É NOSSA

Entendendo que todo o espaço privilegia a transformação das relações do Estado com a sociedade, na direção da democratização e do controle social através do exercício da cidadania, temos:

- a) promovido debates, discussões, seminários na Assembléia Legislativa, Câmaras de Vereadores, Conselhos Populares, Associações de Bairros e Escolas;
- b) participado como delegados, organizadores e assessores na elaboração de leis do Conselho Estadual e Municipais de Saúde. Fomos responsáveis pela elaboração em grande parte, da discussão pública e da aprovação da lei de reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul;

c) lutado para a efetivação das conferências de saúde, saúde mental, recursos humanos, e assistência social nos municípios, regiões e no Estado;

d) buscado inserção nos meios de comunicação locais para divulgar notícias e informar a população sobre o movimento e a reforma psiquiátrica.

SUJEITOS SENTIPENSANTES

Somos sujeitos que sentem e pensam - sentipensantes, que entendem que não basta haver boa vontade e amor para construir mudanças. A capacitação tem sido uma estratégia central. Ela ocorre de forma descentralizada, através de várias instituições, setores e pessoas que trabalham em serviços locais de saúde e de saúde mental e que possuem diferentes formações.

Trabalhamos com prefeituras, universidades, conselhos municipais e movimentos sociais.

Na graduação, a docência mais aliada tem sido a das cadeiras de saúde identificadas como pública, coletiva, social e/ou comunitária. A Universidade de Bagé introduziu a disciplina Saúde Mental Coletiva. A outra interface ocorre através dos estágios curriculares e voluntários nos serviços.

Na pós-graduação estão em andamento cursos de aperfeiçoamento em Políticas Sociais (Alegrete) e em Administração em Saúde Mental Coletiva (Rio Grande) e, de especialização em Saúde Mental Coletiva (Bagé e Ijuí).

Foi possível publicar a revista de Saúde Mental Coletiva e hoje, está sendo constituído o Centro de Documentação e Investigação (Bagé).

O intercâmbio constante entre serviços e militantes dos movimentos de saúde mental da Argentina, do Uruguai e do Paraguai, são espaços de potencialização de mudanças necessárias e de vinculação concreta entre nossas culturas.

18 DE MAIO

Nosso dia nacional de luta por uma Sociedade Sem Manicômios tem-se constituído num momento significativo de mobilização, de criação e de síntese do processo em andamento.

III - INVENÇÃO DA ATENÇÃO:

IMPASSES E POSSIBILIDADES

A possibilidade da transformação da atenção na construção de práticas antimanicomiais está relacionada com a desmistificação da loucura - do sujeito perigoso e incapaz para o sujeito reconhecido e aceito com as suas diferenças. Esta mudança requer um novo agir:

- na organização dos serviços: de serviços de trabalhadores hoje desresponsabilizados que seja estabelecido um novo contrato, com múltiplos vínculos; equipe-usuário; pessoa-pessoa; cidadão-cidadão, rompendo com o funcionário-doença;
- na capacitação e na qualificação dos diferentes atores; o trabalhador de saúde, o doente mental, os familiares, os setores culturais e da educação, os legisladores e executivos. Isto, através de cursos, seminários, intercâmbios que discutam e viabilizem novos paradigmas no redimensionamento da diferença, do dia a dia da assistência;
- num projeto terapêutico: da história da doença para a HISTÓRIA DE VIDA. Da singularidade e do reconhecimento da prática, possibilitando a construção de sujeitos - cidadãos.

IV- LEGISLAÇÃO PSIQUIÁTRICA:

A (RE) CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS PELA VIA LEGAL

As instituições psiquiátricas, como produtos das sociedades em que atuam e tais como as conhecemos, promovem necessariamente aos enfermos mentais sob seu controle e tratamento - a perda da cidadania. A rigidez que envolve a rotulação de seu diagnóstico em categorias nosológicas mal conhecidas e inéptas de captar a realidade patológica do doente é uma maneira de decretar-lhe, ad infinitum, uma segregação inaceitável. Os quadros convencionais hospitalares, e os serviços que se esperam das instituições psiquiátricas encontram-se ultrapassados e pedem transformação radical. Essa transformação pretende retirar o doente de sua condição de objeto e dar-lhe de volta a sua realidade substancial, que é a realidade da pessoa.

Há muito que parte dos trabalhadores da Saúde Mental vinham adotando práticas diversas do modelo tradicional de assistência ao doente mental. Práticas estas que visavam não somente a assistência, mas sim a integração do doente à sociedade resgatando o sujeito como cidadão, já que a sociedade e a própria legislação vedava (veda) este direito ao doente mental.

A legislação psiquiátrica brasileira é antiga e inadequada para a construção de cidadania, visto que dentro de seus conceitos de insanidade, periculosidade e imputabilidade faz com que o doente mental torne-se um morto vivo perdendo todos os seus direitos civis.

A partir dessa nova visão de sujeito (doente mental) foi que os movimentos que trabalham no sentido de resgate da vida, mais precisamente o movimento da Saúde Mental (da Luta Antimanicomial), articularam-se no sentido de transformar a legislação vigente que exclui, segrega, marginaliza e joga o "louco" no manicômio, por uma visão humanística, onde o "louco" seja cidadão.

Sabemos hoje, que os movimentos sociais são propulsores de transformações e que as mesmas necessitam ser asseguradas mediante legislações específicas.

Nesse sentido, o Estado do Rio Grande do Sul, através de expressiva mobilização de setores sociais e políticos conseguiu aprovar a Lei da Reforma Psiquiátrica. Lei esta que se propõe a garantir a desinstitucionalização do doente mental, possibilitando assim, o começo de construção de cidadania.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

É necessário, porém, a permanente mobilização e fiscalização pela sociedade para garantir os direitos do doente mental já conquistados.

ORGANIZAÇÃO DO MOVIMENTO

PROPOSTA: FÓRUM GAÚCHO DE SAÚDE MENTAL

Consolidar uma organização que garanta a singularidade de cada núcleo existente ou que venha a existir, com capacidade de desenvolver estratégias que ampliem e solidifiquem suas ações. Assim, esta organização deve ter como prioridades:

- a) Unidade do movimento nacional e estadual, envolvendo a comunidade e estabelecendo parcerias para construção de uma Sociedade Sem Manicômios;
- b) Solidificação do movimento com ampla inserção nos setores sociais, acadêmicos, da saúde, do judiciário com possibilidade de se articular com outros movimentos que privilegiem a construção de cidadania.

CENÁRIO ATUAL:

No decorrer da sua trajetória o Fórum tem-se legitimado pelas diferentes formas de inserção no Estado, nas instituições, na cultura e nos movimentos populares. No Rio Grande do Sul, suas ações são mais marcantes: na mobilização que transforma a estrutura jurídico-política (Lei da Reforma Psiquiátrica, Leis Orgânicas Municipais, Normas e Regulamentos); na capacitação das pessoas (nos serviços, na extensão, na graduação e nas pós-graduações), na produção de conhecimento (investigações e publicações) na criação serviços locais de atenção integral articulada com a municipalização da saúde em espaços político-técnico-administrativos e em intercâmbios mantidos entre os municípios, regiões e países, especialmente os da Bacia do Prata, Espanha, Cuba, Venezuela e Paraguai.

ORGANIZAÇÃO

Torna-se necessário, neste momento, nos constituirmos como entidade civil, com registro, sede e recursos financeiros.

O estatuto deve normatizar o essencial para garantir os pressupostos básicos e evitar medidas que venham a burocratizar e centralizar, além do necessário, unidade do movimento.

A estrutura poderia ser em forma de colegiado, com representações dos núcleos locais e/ou regionais. Do colegiado sairia uma coordenação diretiva composta pelos seguintes cargos: Coordenação Geral, Secretaria, Divulgação e Finanças. As áreas específicas dos projetos - como revista, pesquisa e outros -, podem ter um representante ou responsável para uma maior distribuição de comando.

Os recursos financeiros serão providenciados e geridos por cada núcleo, sendo uma cota destinada à sede para manutenção da estrutura.

**RELATÓRIO DO ENCONTRO ESTADUAL DA
LUTA ANTI-MANICOMIAL, REALIZADO EM
06 DE AGOSTO DE 1993- VITÓRIA, ES.**

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O Espírito Santo é um Estado que a cada ano vem desinvestindo assustadoramente no setor saúde e nas Políticas Públicas Sociais que mais diretamente afetam este campo. Para se ter uma idéia, chegamos em 1993, a uma destinação orçamentária estadual de 4% contra 10% a 11% de investimento feito pelos municípios na saúde.

Somada à crise nacional no setor, acrescenta-se a falta de prioridade política em refazer e reerguer a eficácia e resolutividade da rede pública de saúde, diminuindo cada dia mais a oferta de serviços básicos à população. Relevado ainda pela ausência de mobilização civil eficaz que possa gerar ações práticas de mudanças no cotidiano dos serviços e nas agendas dos políticos e administradores.

No campo da saúde mental, assistimos na década de 80 o “barulho” dos trabalhadores que começavam a levantar questões, alentados pelo movimento gerado nacionalmente. Depois deste pequeno “tumulto” o assunto foi posto em questão quando da realização do II Encontro Estadual de Saúde Mental em 1992, preparatório para a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesse ano, com a entrada de profissionais nos quadros do Estado e de alguns municípios em lugares de formulação de ações de Saúde Mental. A partir de então se tem trabalhado na construção de um perfil do que hoje há em Saúde Mental no Estado e de alternativas à reestruturação - física, técnica, capacitação/incorporação de pessoal... e estruturação da assistência.

Nesse contexto o Movimento da Luta Anti-Manicomial tem servido como importante interlocutor da realidade do Estado frente às experiências nacionais bem como um ordenador de forças em torno do qual nos agrupamos para ampliar para a sociedade civil, movimentos organizados e lideranças políticas as questões complexas e polêmicas inerentes ao sofrimento psíquico e formas da assistência.

No dia 06.08.93 realizamos o Encontro Estadual da Luta Antimanicomial ANt. Compareceram cerca de 40 pessoas sendo 14 profissionais da área “psi”, 13 profissionais diversos representando instituições governamentais, 05 profissionais da área de artes plásticas e 07 pessoas representando associações de moradores. A dinâmica dos trabalhos foi a mesma que será usada no Encontro de Salvador. A convocatória do Encontro serviu como motivo que nos possibilitou ocupar programas de rádio e TV num início de diálogo ampliado com a população em geral. Os temas escolhidos para discussão refletem o momento atual do Estado. Temos clareza que muitas das questões levantadas já são temas rotineiros de algumas experiências enquanto que aqui figuram ainda como novidade e primeiros passos. Portanto não só contribuiremos com pessoas com um lugar já definido em relação às opções anti-manicomiais como também com aquelas que estão se enamorando e apaixonando com este campo.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Não sabemos ainda se conseguiremos fazer-nos representar em Salvador através dos 18 delegados eleitos face às dificuldades financeiras e de se conseguir financiamento até então. Esperamos que sim.

A LUTA ANTIMANICOMIAL E AS INSTITUIÇÕES ESTATAIS: CONTRADIÇÕES, IMPASSES E PARCERIAS

No grupo foi avaliada a situação atual de uma proposta Antimanicomial, no Estado. A Secretaria Estadual de Saúde, através da Câmara Técnica de Saúde Mental está fazendo um levantamento da rede básica de saúde para avaliar a infra-estrutura existente e formas de viabilizar o programa de Saúde Mental cuja orientação é: desospitalização e prioridade de atendimento nos ambulatórios aos egressos de hospitais. O programa está em fase de adaptação à realidade existente. Fatores levantados enquanto dificuldades na execução do programa:

1. Carência de área física para atendimento e, entendido que para a implantação desta proposta como um todo, o número atual de profissionais é insuficiente, o problema "espaço físico" é crítico.
2. Como citado anteriormente, carência de profissionais.
3. Má distribuição da medicação para acompanhamento ambulatorial.
4. Não conscientização/engajamento dos profissionais da saúde nas novas diretrizes propostas.
5. Necessidade de apoio a nível político (Diretrizes de Ações de Saúde Mental dadas pelas administrações governamentais) e da sociedade civil (movimentos populares, sindicatos, associações...).

Diante destes fatores, o item nº 5 foi apontado como crucial, na medida em que o Estado gerencia verbas/contratação de pessoal e a sociedade organizada torna-se assim um meio de controle/pressão/reivindicação desta luta diante do poder público. Portanto, na nossa avaliação, o êxito do movimento depende do trabalho nestes dois níveis, abrangendo uma mudança política, técnica e administrativa. Foram apontadas as seguintes propostas:

1. Quanto a espaço físico: levantamento de imóveis pertencentes ao Estado ou não, e que estejam atualmente sem utilização/ou que possam ser compartilhados (ex: galpões do IBC, Dentel, Hospital São Sebastião...), prédios tombados pelo patrimônio histórico, praças, centros esportivos, obras sociais/religiosas...; e que, reciclados, tornar-se-iam ambulatórios, centros de convivência, núcleos de atenção, lares... Envolver a população neste trabalho de reciclagem dos imóveis e reforma do espaço físico, evitando custos desnecessários ou obras "faraônicas", propiciando a partir da inserção da comunidade no processo mais uma via de vínculo para o trabalho de reestruturação da atenção em Saúde Mental que se pretende realizar.
2. Quanto aos recursos humanos: (2.1.) Treinamento em Saúde Mental extensivo aos demais trabalhadores da saúde no sentido de informar, conscientizar e capacitar nas complexas questões referentes à Saúde Mental. (2.2.) Envolver a Universidade oferecendo estágios

na nova rede de atenção em Saúde Mental aos graduandos dos diversos cursos, indistintamente, visando dar ênfase especial à formação de profissionais para a saúde pública, ao trabalho com a população e à promoção de Saúde Mental em ações multiplicadoras.

**A INVENÇÃO DA ASSISTÊNCIA: IMPASSES E
POSSIBILIDADES NA CONSTRUÇÃO DAS PRÁTICAS
ANTIMANICOMIAIS E LUTA ANTI-MANICOMIAL
E INTERVENÇÃO CULTURAL:
A CULTURA COMO ALVO E A CULTURA COMO MEIO**

Estes dois temas foram discutidos por um único grupo.

A grande questão no Estado é que a Saúde Mental está começando a entrar agora na ordem do dia das pautas de discussões. Os profissionais se esforçam por saírem de seus guetos de saberes - onde resultava um desfacelamento do paciente e da complexidade dos fatores que contribuem para o sofrimento psíquico - numa tentativa de construir com outros campos uma prática mais aberta, criativa, terapêutica e humana. Neste movimento começam a compreender que, sozinhos, pouco conseguirão. Há um consenso pela necessidade de envolver a população - usuários ou não, familiares/ pacientes ou não, demais movimentos civis/sociais/religiosos/profissionais - nesta discussão para que se possa construir e lutar pela consecução das formas de atendimento renovadas.

Neste sentido o grupo achou que os temas - na forma como estavam elaborados - eram de difícil compreensão: linguagem muito teórica e acadêmica, complexa para uma primeira abordagem e introdução da questão. De modo geral solicitou-se aos promotores dos próximos eventos que se mudasse a chamada. Nesta linha de discussão solicitou-se que no Encontro de Salvador fosse revisto o nome "Luta Antimanicomial" como designadora do movimento, por entender que o nome evoca, para quem seja leigo no assunto, uma idéia errônea acerca do mesmo, ou seja, que no movimento estaria sendo proposta uma não assistência ao doente mental. As propostas aprovadas foram:

1. Levar a questão da chamada "antimanicomial" para ser discutida em Salvador.
2. Usar e abusar dos meios de comunicação - imprensa falada e escrita - para falar de Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica, Rede de Assistência, Sofrimento Psíquico. Porém em linguagem mais popular, usando recursos da cultura capixaba e das artes para passar a mensagem. Nesta ampla campanha de marketing, ocupar espaços nobres, o SOS Saúde e envolver as comunidades na elaboração dos programas.
3. Fazer um dia de "Saúde Mental na Praça" após o Encontro de Salvador, com shows musicais, oficinas de artes plásticas, teatro improvisado, apresentação dos pacientes; enfocando alternativas assistenciais e cobrando posição das Secretarias de Saúde.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

4. Pressionar os poderes públicos a incluírem a Saúde Mental em suas prioridades e começarmos a discutir as alternativas municipais/locais de assistência.

As questões levantadas em relação à cultura abordam preferencialmente 2 vertentes:

A cultura como meio de “popularizar e desprofissionalizar” os debates. Se discutiu a barreira do saber-poder como anteparo à impotência científica de se lidar com os aspectos subjetivos da loucura e a cultura entrando aí para barrar os efeitos da impotência, fazendo circular criatividade, afetividade, trocas e solidariedade a fim de que possamos abordar a loucura sob outros enfoques. Destacar o discurso da ciência para o discurso das condições concretas com que os pacientes e a população em geral se defrontam quando necessitam dos cuidados em Saúde Mental Proposta aprovada:

1. Investir na rede alternativa assistencial incorporando nela práticas populares, sociais, culturais e comunitárias nos cuidados à Saúde Mental.

A cultura manicomial das pessoas da saúde e da população em relação ao louco: preconceito, exclusão, políticas de confinamento da pobreza, cultura do não-trabalho do funcionário público, postura rígida dos profissionais quanto a mudarem suas práticas, política aética e corrupta dos governantes e administradores públicos, desrespeito às diferenças subjetivas... dificultam a quebra deste imaginário construído para o louco. Proposta aprovada:

1. Criar rede de parcerias com demais movimentos para penetrar nas agendas a questão da loucura. Este lugar de preconceito só vai ser desconstruído com novas reflexões e os novos serviços.

2. Educação em Saúde Mental junto aos profissionais e população. Desenvolver intercâmbios e se fazer representar nos Conselhos de Saúde. Envolver a Universidade e escolas formadoras de opinião.

3. “Atacar” os deputados e vereadores cobrando posições e trato da questão saúde, Saúde Mental e cidadania em seus trabalhos e fóruns de discussão. Cobrar projetos de lei que contemplem a Saúde Mental.

4. Incentivar a criação de um movimento civil de usuários, pacientes, familiares, mais diretamente ligados à Saúde Mental.

Tanto na questão dos impasses e possibilidades na construção antimanicomial como nas culturais, o grupo sempre esbarrava na falta de prioridade política e desmobilização civil. Neste sentido a proposta mais amplamente discutida foi a forma de viabilizar a entrada em cena destes atores. Proposta única:

- Movimento da Luta Antimanicomial em parceria com Câmara Técnica de Saúde Mental (Instância que precisa ganhar peso político decisório e diretivo sobre as ações de Saúde Mental) agendarem com canais de comunicação, políticos, administradores regionais e municipais, conselhos de saúde e demais, movimentos nos bairros e setoriais/sindicatos, uma pauta “SOS Saúde Mental”.

Legislação Psiquiátrica: a (re) constituição dos direitos pela via legal

A discussão em torno do tema Legislação Psiquiátrica iniciou com informes sobre o projeto de lei Paulo Delgado, as tentativas de reestruturação da assistência vivida em outros estados, as portarias ministeriais e sobre a atuação e propostas do programa de Saúde Mental elaborado por uma equipe multidisciplinar a nível do órgão gestor estadual. A maioria dos profissionais e comunidade presentes desconheciam em parte as comunicações passadas, portanto o grupo não conseguiu discutir especificamente a questão da legislação, ficando a discussão em torno de se pensar formas alternativas do atendimento em Saúde Mental no Estado. Sendo necessário para tanto o aprofundamento junto aos profissionais e população da discussão em torno do tema Saúde Mental e reestruturação da assistência. Diante disso partiu-se para as seguintes propostas:

- Maior divulgação e discussão em torno do projeto de lei Paulo Delgado assim como das portarias ministeriais junto à população e profissionais da área de Saúde.
- Discussão com a comunidade sobre a questão da doença mental, as condições atuais de tratamento estimulando sua participação no planejamento da reestruturação da assistência.
- Divulgar de forma mais abrangente possível a todos os setores da sociedade a situação do doente mental, as condições de assistência assim como o projeto de lei visando maior esclarecimento e melhores condições para participação no processo de reformulação de assistência psiquiátrica.
- Garantir através dos órgãos gestores locais a fiscalização dos serviços de assistência do doente mental viabilizando um serviço público atuante voltado para o cumprimento das ações propostas pela política de Saúde Mental.
- Possibilitar a criação da lei estadual que venha regulamentar a assistência ao doente mental no Estado, através da mobilização popular dos trabalhadores de Saúde Mental e órgãos gestores.
- Garantir novos encontros entre os trabalhadores de Saúde Mental e a comunidade para aprofundamento da discussão sobre a assistência em Saúde Mental no Estado visando sua reestruturação.

**MANIFESTO DO MOVIMENTO DA
LUTA ANTIMANICOMIAL DO CEARÁ**

A assistência psiquiátrica no Brasil e, por extensão no Ceará tem como consenso entre técnicos, prestadores de serviços, governo e opinião pública em geral, a constatação de sua má qualidade calcada no modelo hospitalocêntrico, segregador e cristizador de alienação.

Os hospitais psiquiátricos - verdadeiramente MANICÔMIOS prestam-se à prática da violação dos direitos humanos e da cidadania de pacientes ali confinados. Tais práticas, por vezes, transgridem até a anacrônica lei que regulamenta a assistência psiquiátrica no Brasil, que data de 1934.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

A cultura manicomial, sustentada na proliferação de um número excessivo de leitos psiquiátricos, teve seu grande incremento durante a ditadura militar, quando vários hospitais psiquiátricos foram abertos e/ou tiveram leitos aumentados. Este é, praticamente, o único recurso terapêutico financiado pelo setor público na atenção à saúde mental, estabelecendo-se assim uma deletéria hegemonia, mesmo que inteiramente anacrônico e assintônico com as preconizações das Conferências de Saúde e do SUS.

A superação deste modelo não se fará por simples decretos ou planos já que há grandes interesses a serem contrariados, mas exige ferrenha luta, como já bem assinala a **DECLARAÇÃO DE CARACAS**.

A luta pela superação dos manicômios tem a Reforma Psiquiátrica ocorrida na Itália como um exemplo prático de todo um processo de modificação de modelo assistencial, onde a instalação dessa reforma, pelo seu caráter pioneiro, destrói mitos, supera resistências e aniquila argumentos contrários.

O esforço pela redemocratização do Brasil e resgate de nossa cidadania, não poderia ficar ao largo da assistência psiquiátrica. Assim, alternativas assistenciais que foram surgindo em diferentes locais, a permuta de experiências e a somatória de anseios deflagraram no Brasil, o movimento pela luta antimanicomial, que vem crescendo a cada dia e comprometendo as diversas regiões do país e os vários segmentos da sociedade civil.

A luta antimanicomial no Ceará é uma realidade, onde, de há muito, já tem sido travadas discussões em busca de alternativas de assistência. Este movimento alcançou feição mais precisa, quando da realização da I CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL, na participação da delegação cearense na II CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL e na instalação do FÓRUM Cearense de Reforma Psiquiátrica. Todos esses eventos foram a trajetória progressiva e espontânea de formalizado movimento pela luta antimanicomial no Ceará, agora irreversível aglutinando os mais diversos segmentos da sociedade civil a categorias de trabalhadores em saúde mental.

Este movimento tem, entre outros propósitos de luta:

**DEFESA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
PELA APROVAÇÃO PROJETO PAULO DELGADO
PELA APROVAÇÃO DE PROJETOS DE RESTRUTURAÇÃO DA SAÚDE MENTAL, A NÍVEL ESTADUAL, EM SINTONIA, COM AS DELIBERAÇÕES DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL.**

PELA IMPLANTAÇÃO DE MEDIDAS ALTERNATIVAS DE ASSISTÊNCIA AO DOENTE MENTAL.

**DEFESA DE MELHORES CONDIÇÕES PARA A POPULAÇÃO
POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS!**

Comissão Organizadora do Encontro Estadual, preparatório ao Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em Salvador

Maiores Informações: Conselho Regional de Psicologia. Tel: 221.9773

Conselho Regional de Serviço Social

**MANIFESTO DO CONSELHO FEDERAL DE
PSICOLOGIA AO ENCONTRO NACIONAL DO
MOVIMENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL**

Vivemos um momento onde a realidade se traduz em tragédia. A corrosão do tecido social demonstra-se através do desrespeito aos direitos humanos e da miserabilidade absoluta de milhões de brasileiros. Violência nas cidades, povo sem terra, desnutrição e mortalidade infantil aliados à corrupção e impunidade formam um quadro social deprimente que nos fere até a indignação.

Junto a esta realidade produtora de sofrimento psicológico a decadência do sistema de saúde e os velhos paradigmas de assistência à saúde mental permanecem excluindo e maltratando o cidadão que "está" com sofrimento mental.

Enquanto psicólogos, profissionais de saúde mental, entendemos que é necessário resgatar a dignidade humana respeitando as diferenças e ampliando as possibilidades de expressão da vida na sua totalidade. Neste sentido manifestamos nosso apoio e nos engajamos em iniciativas como o Movimento Contra a Fome e o Movimento da Luta Antimanicomial.

A presença do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Psicologia neste Encontro é a confirmação de uma postura adotada desde o início das atividades do Movimento da Luta Antimanicomial.

Esta ocasião nos parece determinante no avanço desta luta e na construção de uma nova forma de assistência em saúde mental uma vez que estão aqui reunidas experiências das mais significantes produzidas em todo o país.

Nós do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Psicologia nos colocamos como parceiros nesta luta comungando da mesma utopia, na esperança de vivermos numa sociedade que respeite os direitos de todo cidadão, uma sociedade sem manicômios.

Salvador-Bahia 23 a 26 de setembro

**CARTA ABERTA DO SOS SAÚDE MENTAL- SP
AO 1º ENCONTRO NACIONAL DO MOVIMENTO
DE LUTA ANTIMANICOMIAL BAHIA/93**

Trazemos na bagagem a experiência, realizada em conjunto à comunidade, de desativação dos hospitais psiquiátricos, de denúncia da negligência hospitalar que culminou com a morte de Vicente; de participação na luta antimanicomial em todo território brasileiro; de apoio ao Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado e o Projeto de Lei 366/92 do Deputado Roberto Gouveia - São Paulo; de divulgação e prestação de assessorias a outros segmentos: de fazer valer o controle social na participação das Comissões Gestoras: o SOS Saúde Mental vem com a expectativa de contribuir no I Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial-Bahia/1993. Na troca de experiências teórico-práticas, com a intenção de mobilizar a opinião pública, de que é necessário e possível garantir o envolvimento dos usuários e comunidade em geral, no processo de transformação de um novo modelo integral de atenção a saúde mental.

Face o atual momento político em que o povo vai as ruas, para expressar o seu descontentamento com modelos que tem suas raízes em 500 anos de autoritarismo, opressão e exploração, onde prevalece o desejo de uma minoria que monopoliza, segrega e asila.

O SOS Saúde Mental como parte desta sociedade luta em busca de uma maior participação popular na conquista da autogestão e cidadania para todos.

Por uma sociedade mais justa e sem manicômios

* Contrato com o SOS Saúde Mental

A/C Alice Aparecida Silva Souza

r. Salgueiro, 137 - Co.d Patriarca

CEP 03550-020 - São Paulo-SP

TEL: 958-0507

* Contato para enviar moção de apoio ao Projeto de Lei 366/92 do Dep. Roberto Gouveia:

Assembléia Legislativa de São Paulo

Tel: 884-2385

**DOCUMENTO DO NÚCLEO DE
SAÚDE MENTAL DO PARTIDO DOS
TRABALHADORES DA BAIXADA SANTISTA**

O Movimento de Luta Antimanicomial:

É hora de dar um salto de qualidade.

I. O Movimento de Luta Antimanicomial, em nosso país, tem mostrado sinais de crescimento e de amadurecimento, ao longo dos últimos anos:

- a) os princípios do Movimento puderam ser aplicados na implementação de várias experiências concretas - de organização de serviços de atenção a saúde mental públicos, viabilizadas por administrações democrático-populares, em várias cidades do país (administrações do PT, em aliança com outros partidos do campo democrático - PC do B, PCB, PPS e PSB).
- b) a participação de familiares e de usuários dos serviços em saúde mental no Movimento é muito mais significativa hoje, trazendo demandas até o momento pouco trabalhadas: o imperativo da intervenção no aqui e agora da violência institucional; a necessidade de criminalizar esta violência que, impunemente, rola solta; a justificativa de medidas reparatórias e indenizatórias as situações produzidas por esta violência.

II. O II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em 1987, na cidade de Bauru, levou as ruas a insígnia - por uma Sociedade Sem Manicômios. Esta bandeira sintetizava naquele momento o sentido e a direção política do Movimento, que articulava a luta específica com aquela mais geral desenvolvida no interior da sociedade capitalista em que vivemos. Sob esta bandeira, foram convocados outros movimentos sociais: o movimento sindical e o movimento popular. Alguns companheiros consideravam, também, que a cultura produzida no bojo deste processo poderia sensibilizar setores da classe média, trazendo-os ao Movimento.

Esta bandeira constituía um eixo político e ideológico do movimento apontando claramente para o seu objetivo estratégico: a superação dos manicômios e das relações manicomiais. Sob esta insígnia, também criamos o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, no 18 de maio.

Passados 6 anos destes fatos memoráveis, temos que refletir se esta bandeira continua representando o sentido e a direção do movimento. Temos que avaliar o seu desgaste e, em que medida, não se torna necessário estabelecer um novo conteúdo político e ideológico para a nossa luta.

O agravamento da crise econômica, o desemprego generalizado, a situação de fome e de miséria alastrantes da maioria do povo brasileiro, impõe o imperativo da luta pela sobrevivência. A marginalização social, a exclusão do trabalho, da terra, do acesso aos serviços de saúde, educação, se ampliou rápida e profundamente no interior da classe trabalhadora. Dezenas de milhões de brasileiros vivem hoje a mesma perspectiva sombria que antes caracterizavam, certamente, o destino dos doentes mentais e de outros segmentos excluídos da força de trabalho.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Neste sentido, uma nova radicalidade se coloca: a vida tem que melhorar para todos os brasileiros. O exercício da vida tem que se radicalizar. A construção desta possibilidade passa a ser o eixo integrador da ação política de vários movimentos sociais, contribuindo para a unificação de suas lutas.

III. Como qualquer movimento social, o movimento de luta antimanicomial deve, sob quaisquer circunstâncias, preservar a sua autonomia.

O princípio de não exclusão deve ser a tônica de todos os procedimentos, atos e aspectos desenvolvidos no processo de construção e de vida do movimento.

A intervenção ao nível parlamentar e institucional - através do encaminhamento de projetos de lei ou de processo de investigação, com respaldo institucional -, pode e deve ser uma das linhas de atuação do movimento. No entanto particular ênfase deve ser dada para a ação direta. O movimento pode e deve priorizar intervenções diretas, desprovidas de qualquer conotação institucional, particularmente sobre aquelas condicionadas por situações de violência. A ação direta, norteadada pela atitude de combate a qualquer forma de opressão e pelo sentimento de indignação que estas diferentes formas de opressão possam suscitar, representa um patamar de atuação do movimento que devemos estabelecer como meta, o que, cabe reconhecer, exige um nível superior de organização para viabilizá-la.

IV. O Movimento de Luta Antimanicomial tem hoje amadurecimento suficiente para se propor alguns passos a frente.

1- O movimento deve tomar a iniciativa do desencadear intervenções nos hospitais psiquiátricos que estiverem envolvidos em situações de violência presumida ou caracterizada: mortes (por princípio, toda a morte no interior de hospitais psiquiátricos deve ser investigada); violência física, sexual, etc...

2- Os Núcleos do Movimento, que articulam as ações ao nível do território onde se localiza o hospital psiquiátrico envolvido, pode acionar o Ministério Público e o serviço local de saúde, desencadeando ação de vigilância em saúde. A experiência da saúde do trabalhador mostrou que somente quando os Sindicatos de Trabalhadores assumiram postura semelhante a esta - na denúncia de mortes ou acidentes de trabalho graves -, foi possível penetrar no interior das fábricas, criando as condições para a intervenção do poder público, de forma a serem tomadas medidas de mudança das situações que provocavam estas mortes ou acidentes, independentemente, de outras medidas inerentes a luta pela vida nas fábricas. Deixado a si, o poder público tende a omissão nestas situações. Somente a pressão e a iniciativa do movimento pode assegurar uma outra postura pública diante das situações de violência institucionalizadas.

Como passos preliminares, o movimento deve entrar em contato com o Ministério Público de cada Estado, colocando a gravidade do quadro de violência e abusos dentro das instituições psiquiátricas. Na experiência da saúde do trabalhador, as demandas trazidas pelos sindicatos, a partir das denúncias das fábricas, convergiram - devido ao seu volume - para a criação de uma Curadoria de Acidentes do Trabalho (pelo menos no Estado de São Paulo). O movimento

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

de luta antimanicomial pode gerando demandas junto ao Ministério Público criará condições para a organização de uma Curadoria de Violência Psiquiátrica.

Por outro lado, podemos e devemos tomar a iniciativa de desencadear uma discussão, junto aos serviços locais de saúde - no âmbito do território de intervenção de cada Núcleo -, sobre a Lei 8080, que regula as ações do Sistema Único de Saúde, em todo o território nacional.

Os artigos da Lei 8080, relacionados com as ações de vigilância em saúde, atribuem aos serviços locais de saúde, competência suficiente para a realização de intervenções em hospitais psiquiátricos públicos e privados. Desde a sua promulgação em setembro de 1991, esta possibilidade existe. No entanto, como era de se esperar, os serviços locais de saúde não lançam mão deste poder de intervenção.

Cabe ao movimento instigar os serviços locais de saúde a fazê-lo.

- 3- Um órgão de divulgação do movimento, através de cada Núcleo, pode veicular para a opinião pública local todos os fatos significativos relacionados com estas questões, em cada território. Os Núcleos do movimento podem e devem se aliar aos Sindicatos de Trabalhadores mais combativos, com atuação no seu território, de forma a dar respaldo operativo a suas demandas.
- 4- O movimento de luta antimanicomial deve participar do processo de construção da Central de Movimento Populares (CMP). Na Baixada Santista, militantes do movimento de luta antimanicomial estão participando ativamente deste processo. Esta participação vincularia o nosso movimento de uma forma orgânica aos Núcleos da CMP que serão organizados nos principais centros urbanos do país.

Santos, 20 de setembro de 1993
Núcleo de Saúde Mental do PT da Baixada Santista

**LISTAGEM DOS VÍDEOS EXIBIDOS DURANTE
A 1ª FEIRA NACIONAL DE PRODUÇÕES E
EXPERIÊNCIAS ANTIMANICOMIAIS**

- 1 - NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE PERNAMBUCO - 10 MIN
- 2 - OFICINA DO HOSPITAL GALBA VELOSO (MG) - 15 MIM.
- 3 - PROJETO BONECAS - NAPS (UBERABA) - 60 MIM.
- 4 - ALCOOLISMO (PERNAMBUCO) - 24 MIM.
- 5 - UM GOLE A MAIS (RIO GRANDE DO NORTE) - 10 MIM.
- 6 - SERÁ POSSÍVEL SAÚDE MENTAL SEM ORGANIZAÇÃO POPULAR (PARANÁ/ STA. CATARINA) - 20 MIM.
- 7 - CENTRO DE CONVIVÊNCIA ARTHUR BISPO (MG) - 13 MIN.
- 8 - RITUAIS TERAPÊUTICOS (PE) - 15 MIN
- 9 - SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL (SANTA MARIA - RIO GRANDE DO SUL)- 10 MIN.
- 10 - SANATÓRIO ESPÍRITA DE UBERABA (MG) - 15 MIN.
- 11 - TAMARINEIRA - TRAJETÓRIA DE UM MANICÔMIO (PE) - 34 MIN.
- 12 - TALENTO PARA A LOUCURA (STO. ANDRÉ-SP) - 20 MIN.
- 13 - 18 DE MAIO EM BELO HORIZONTE (MG) - 15 MIN.
- 14 - NATALINO (STO. ANDRÉ-SP) 10 MIN.
- 15 - FESTAS DE NATAL E JUNINA (BETIM-MG) - 30 MIN.
- 16 - INVENÇÃO DA ASSISTÊNCIA - IMPASSES E POSSIBILIDADES (MACAÉ-RJ) 40 MIN
- 17 - MANICÔMIO - PASSADO X PRESENTE (SP) - 10 MIN.
- 18 - CENTRO DE CONVIVÊNCIA COHAB I (SP) - 60 MIN.
- 19 - INTERVENÇÃO NO HOSPITAL ANCHIETA (SANTOS-SP) 20 MIN.
- 20 - O QUE É LOUCURA (PERNAMBUCO) - 20 MIN.
- 21 - DEFESA PÚBLICA DA EMENDA POPULAR DE SAÚDE MENTAL CONSTITUINTE MUNICIPAL DE SÃO PAULO (SP) - 15 MIN.
- 22 - IMPLANTANDO UM HOSPITAL DIA: NA PRÁTICA A TEORIA É OUTRA (PERNAMBUCO) - 50 MIN.
- 23 - EXPERIÊNCIA DA PENSÃO PROTEGIDA DE RIBEIRÃO PRETO (SÃO PAULO) - 50 MIN.
- 24 - INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL DO DISTRITO FEDERAL (BRASÍLIA-DF) - 20 MIN.
- 25 - CPP II DESCONSTRUINDO... CONSTRUINDO PARA MUDAR A VIDA (RIO DE JANEIRO) 40 MIN.
- 26 - CENTRO DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVO DO IBIRAPUERA (SÃO PAULO) 20 MIN.
- 27 - INTERVENÇÃO POPULAR NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO GENARO (SP) - 4 MIN.
- 28 - DIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL (CAMPINAS-SP) - 30 MIN.
- 29 - PINTANDO O SETE (NÚCLEO INFANTIL DO HOSPITAL PINEL-RJ) - 20 MIN.
- 30 - FABIANA EU TE AMO (RIO DE JANEIRO) - 20 MIN.
- 31 - SAÚDE E APRENDIZAGEM (RIO DE JANEIRO) - 20 MIN.
- 32 - EVENTO DA LUTA ANTIMANICOMIAL (RIO DE JANEIRO) 20 MIN.
- 33 - SEGUNDO FÓRUM DE SAÚDE MENTAL DE NOVA IGUAÇU (RIO DE JANEIRO) - 20 MIN.
- 34 - CASA D'ENGENHO - 2 ANOS E MEIO DE EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL DIA (RIO DE JANEIRO) - 20 MIN.
- 35 - TELEJORNAL (RIO DE JANEIRO) - 20 MIN.
- 36 - TEATRO DE FANTOCHES (RIO DE JANEIRO) - 20 MIN.

PARTE III

**A PROPOSTA ORGANIZATIVA DA
SECRETARIA EXECUTIVA DO MOVIMENTO NACIONAL
DA LUTA ANTIMANICOMIAL PARA O PERÍODO 94/95.**

COM A PALAVRA MINAS GERAIS...

No encerramento do Encontro de Salvador, em meio à discussão de tantas questões polêmicas, houve um consenso: por unanimidade, Minas foi escolhida para sediar o próximo encontro nacional.

Aceitamos esta escolha com alegria: vemos aí um reconhecimento do trabalho que temos sustentado na luta pela cidadania na área da Saúde Mental.

O movimento de Saúde Mental tem entre nós uma importante tradição. Desde 79 - época do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com a participação de Franco Basaglia - até os dias de hoje, nossa luta prossegue e avança: temos hoje em dia um movimento forte, capaz de intervir de forma incisiva na definição das diretrizes da assistência e da política de Saúde Mental, ao mesmo tempo em que consegue manter sua autonomia e independência diante das administrações públicas e instituições privadas. Mantemos um bom convívio com numerosas entidades da área da saúde (Associação Mineira de Psiquiatria, Conselho Regional de Psicologia, sindicatos etc.); mais recentemente, temos procurado aproximarmo-nos de outros setores da população. Até há pouco tempo, nosso movimento embora forte e bem organizado, era conduzido basicamente por trabalhadores da área de Saúde Mental; ultimamente, porém, os usuários começam a participar de forma mais ativa, além de pretenderem criar sua própria associação.

Nesta trajetória, o encontro de Salvador foi um marco importante para nós. Temos trabalhado muito desde então: além de reuniões gerais quinzenais, houve a participação no Congresso Nacional dos Movimentos Populares, os preparativos para o Encontro de Usuários em Santos, a discussão dos projetos de lei sobre Saúde Mental em Brasília (como representantes do movimento nacional), a intensificação dos esforços para aprovação do nosso projeto de lei estadual.

Em meio a tudo isso, porém, destaca-se uma tarefa que deve ser discutida com os companheiros de todo o Brasil: a questão da secretaria do movimento a nível nacional, durante os próximos dois anos.

Em princípio, o Estado-sede do encontro seguinte assume a secretaria: sendo assim, é a vez de Minas. Em quê consiste, mais precisamente, a função de secretariar? Eis algumas de nossas idéias a esse respeito.

No encontro de Salvador, pudemos constatar o grau de desinformação mútua entre os núcleos de diferentes Estados, quanto ao andamento do trabalho de cada um. Entendemos que é função essencial de uma secretaria promover, de forma concisa e ágil, a circulação de informações a nível nacional.

Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Para isto, o primeiro passo é que possamos dispor de uma relação atualizada de nomes e endereços das diferentes pessoas, núcleos e entidades ligados ao movimento. Aliás, com este objetivo, solicitamos que o leitor preencha e envie-nos a ficha em anexo, onde buscamos obter as informações necessárias para estabelecer um pequeno banco de dados.

A partir daí, lançamos a proposta de que os participantes do movimento, individualmente ou através de seus núcleos, enviem à secretaria notícias sobre acontecimentos relacionados à nossa luta em seus Estados: votação de projetos, criação ou fechamentos de serviços, denúncias, eventos, etc... A secretaria, através de um boletim informativo periódico, encarregar-se-ia de resumir, selecionar e organizar estas notícias, fazendo-as circular nacionalmente.

Estas propostas necessitam de discussão ampla: correspondem às concepções de todos sobre as funções e objetivos da secretaria? Há outras idéias, contrárias ou complementares a estas que sugerimos? Mais ainda: sejam quais forem as propostas aprovadas, certamente implicarão em trabalho e encargos financeiros, levando-nos também a discutir questões administrativas referentes à organização do movimento.

Temos até agora, pois, o esboço de uma pauta para nossa primeira plenária nacional, que propomos realizarem Minas, na primeira quinzena de abril/94. Aguardamos sugestões para uma definição mais precisa de pauta, data e local.

No mais, esperamos que Minas possa desempenhar o papel que lhe cabe na articulação nacional do movimento: respeitando as diretrizes definidas em nosso último encontro, abrir caminho, junto a todos vocês, para um ano 2000 sem manicômios no Brasil.

Fórum Mineiro de Saúde Mental

Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental

**III ENCONTRO NACIONAL DE ENTIDADES
DE USUÁRIOS E FAMILIARES
DA LUTA ANTIMANICOMIAL
SANTOS, 09 A 12 DE DEZEMBRO DE 1993**

ENTIDADES ORGANIZADORAS

Associação Cabeça Firme - Niterói, RJ
Associação de Saúde Mental de Santo André - Santo André, SP
Associação Franco Basaglia - São Paulo, SP
Associação Franco Rotelli - Santos, SP
Associação Maluco Beleza - São Vicente, SP
CRP 6ª Região Subsede Santos - Santos, SP
Instituto Franco Basaglia - Rio de Janeiro, RJ
NUPES, Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz, RJ
Núcleo Antimanicomial de Campinas - Campinas, SP
Núcleo Antimanicomial de Guarujá - Guarujá, SP
Socintra - Rio de Janeiro, RJ
SOS Saúde Mental - São Paulo, SP

Comissão Executiva

Associação Franco Rotelli

Apoio

Programa de Saúde Mental
Secretaria de Higiene e Saúde de Santos, SP
Prefeitura Municipal de Santos - Administração Democrática Popular

Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental

APRESENTAÇÃO

O III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da - Luta Antimanicomial representou um marco fundamental de todo um processo histórico do movimento antimanicomial e, em particular, da luta de usuários e familiares. A partir da primeira Reunião Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, em dezembro de 1991, em São Paulo, das lutas cotidianas dentro e fora das instituições, da vivência de situações de absurdo, desrespeito aos direitos humanos, da riqueza de poder compartilhar experiências e encontrar novas possibilidades, o Movimento vai se fortalecendo, encontrando a mobilização necessária para realizar o Encontro durante o "ENCONTRO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL, realizado em Salvador, em setembro de 1993. A reunião preparatória então realizada contou com a participação de quase todos os Estados, cerca de 85 pessoas, a maioria com experiência de ser usuário: as declarações, relatos e propostas feitas na reunião constataram ser necessária não apenas a realização de uma reunião, mas de um encontro, no qual se discutiria e elaboraria a "CARTA DE DIREITO DOS USUÁRIOS".

As entidades organizadoras assumiram o compromisso; apesar do pouco tempo disponível - que trouxe, inclusive, algumas dificuldades na organização da infra-estrutura - o III Encontro pôde se realizar com grande sucesso.

Participaram entusiasticamente 388 pessoas, sendo 234 usuários, 29 familiares e 125 técnicos, com a representação de nove Estados - Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Pernambuco, Distrito Federal, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo. Os participantes estavam organizados em 23 entidades, entre núcleos, associações e instituições. Estamos utilizando a expressão "usuário, familiar e técnico", não com o intuito de catalogar e rotular, e sim fazer uma indicação circunstancial, porque compreendemos que os participantes são sujeitos e companheiros nessa viagem para concretizar nossa utopia "POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS".

A "Carta de Direitos dos Usuários e Familiares", que temos o prazer de apresentar, é fruto de todo esse processo. Temos certeza de que em nossas trilhas para reinventar a vida será um dos instrumentos fundamentais na construção da cidadania de todos nós.

Santos, março de 1994
Associação Franco Rotelli

UM PASSO À FRENTE

A "Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental" representa uma importante conquista dos doentes mentais em nosso país. Ela nos faz confiar numa perspectiva de mudança ao mesmo tempo em que revela, em cada um dos seus princípios, um pouco da história de dor e exclusão que tem marcado a vida da maioria dessas pessoas em nossa sociedade.

Ela é o resultado de muitas lutas: dos familiares, de organizações comprometidas com os direitos humanos e de todos aqueles que se perfilam na luta por um mundo mais justo e mais igualitário. Com ela, dá-se um passo à frente em termos do reconhecimento desses direitos e lança-se mais uma pá da terra sobre essa instituição medieval chamado "manicômio", que foi e, infelizmente, ainda é o cenário onde se utilizam métodos bárbaros e desumanos para tratamento dos doentes mentais.

A assistência em saúde mental, por incrível que possa parecer, levou um bom tempo para começar a incorporar a idéia de que os seus usuários são cidadãos. Ainda não foram varridos da face da terra alguns instrumentos e métodos "terapêuticos", como a camisa-de-força e as superdosagens de medicamentos, que, na verdade, são testemunhos de uma postura discriminatória em relação a homens e mulheres titulares de direitos civis, políticos e humanos.

Há ainda muito o que fazer. Para que possamos oferecer aos doentes mentais um tratamento mais digno, temos que abrir várias frentes de luta. É preciso atuar junto às famílias, junto aos legisladores, junto aos poderes constituídos; sobretudo é preciso trabalhar no sentido de promover uma grande mudança cultural que permita ao conjunto da nossa sociedade exercer pressão sobre aqueles que têm o poder de realizar efetivas mudanças. A "Carta de Direitos" é um valioso documento que sintetiza os principais aspectos dessa luta, por isso ela merece a sua cuidadosa leitura e atenção.

David Capistrano Filho, prefeito da cidade de Santos

**MANIFESTO DO III ENCONTRO
NACIONAL DE ENTIDADES DE USUÁRIOS
E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL**

Somos radicalmente contra os manicômios e a cultura manicomial. Compreendemos como "cultura manicomial" aquela mentalidade e atitude institucional que reúne, num espaço físico com característica de prisão, um grande número de pacientes que são enclausurados, segregados e permanecem sem direitos e liberdades fundamentais, como o direito de ir e vir e o direito de inserção social. Pessoas excluídas da sociedade através de um ritual e um processo de mortificação que as torna crônicas (irreversivelmente e sem motivos para querer viver em sociedade) e as transforma em objeto de lucro e manipulação. Exigimos ser sujeitos sociais, autores do nosso próprio destino com identidade definida, psicológica, social, econômica, cultural e politicamente.

O tratamento manicomial não é tratamento, é tortura. Ele degrada e avilta o paciente, a família e os técnicos.

ABAIXO O MANICÔMIO!

Que vivam a vida, a justiça e o nosso maior patrimônio, que é uma liberdade consciente e responsável, ciente dos seus direitos e deveres. Só assim os usuários poderão se tornar verdadeiros cidadãos, vivendo seu enorme potencial para criar, amar e produzir.

*Plenário do III Encontro
Santos, 12 de dezembro de 1993*

CARTA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

1. DIREITOS GERAIS NA SOCIEDADE

- A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em suas dimensões psicológica, existencial, social e política;
- A assistência à saúde mental é um direito de todo cidadão, independente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá, em hipótese alguma, justificar a violação a quaisquer direitos de cidadania;
- Todo usuário tem direito à liberdade, à dignidade e a ser tratado e ouvido como pessoa humana, com direitos civis, políticos e sociais como qualquer cidadão;
- Não haverá discriminação ou preconceito em relação ao usuário de serviços de saúde mental, inclusive no mercado de trabalho e em seus direitos trabalhistas e instituições sociais em geral;
- Todo usuário tem direito de expressão, de ser respeitado em seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade;
- Nenhum usuário pode ser submetido a exploração econômica, sexual, abuso físico e moral, ou comportamento degradante.

OBSERVAÇÃO:

Utilizamos a expressão "usuário", assim como a expressão "técnicos" para designar situações específicas. Na verdade, nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais e integrais, acima das condições apenas circunstanciais da comunidade dos serviços de saúde mental. Queremos ser autores do nosso próprio destino. Desejamos a verdadeira integração na sociedade, com os chamados normais. Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam umas às outras de usuários, mas de companheiros, participantes e amigos.

II. CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E SERVIÇOS COMPLEMENTARES

- A assistência em saúde mental abrange não só a assistência psiquiátrica, mas também assistência médica, odontológica, social, jurídica, reabilitação, educação e garantia de trabalho, protegido ou não;
- A atenção em saúde mental não deve ser realizada em manicômios, mas em serviços abertos, e o menos restrito possível, tais como: hospitais gerais, centros e núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência e cooperativas, grupos de trabalho e microempresas, hospitais dia-e-noite, lares e pensões abrigados, associações comunitárias, grupos de auto-ajuda, oficinas abrigadas etc.;

Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental

- Todo serviço de saúde mental deverá ter um representante jurídico de caráter reconhecidamente público e legal, capaz de assegurar a escuta e a implementação dos direitos de cidadania de seus usuários;
- Os serviços de saúde devem permitir e incentivar os usuários a se organizarem em grupos, conselhos populares, associações de usuários, familiares, trabalhadores de saúde mental e comunidade que objetivem propor e construir ações que transformem a relação com a loucura na sociedade em geral, na legislação e na vivência, organização e fiscalização dos serviços;
- Os serviços de saúde mental devem se localizar o mais próximo possível da moradia dos usuários, de forma descentralizada, garantindo-se o direito de escolha do usuário pelos serviços e profissionais de sua preferência;
- Todo serviço de saúde mental deverá garantir o bem-estar físico, mental e emocional de seus usuários, e as exigências mínimas de higiene, segurança, condições ecológicas e ambientais, conforto, privacidade e alimentação de qualidade com supervisão profissional;
- Todo usuário terá direito ao meio de transporte que garanta o acesso gratuito ao serviço de saúde mental, bem como à medicação, sem com isso induzir à discriminação ou ao preconceito;
- As crianças e os adolescentes não poderão ser tratados em serviços exclusivos de adultos, exigindo-se serviços especializados que garantam os direitos reconhecidos no Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- Os serviços de saúde mental devem ser gratuitos e preferencialmente públicos. Todos os serviços, e preferencialmente os de caráter privado e lucrativo conveniados, devem estar sob a supervisão e fiscalização em qualquer momento pelo poder público e entidades de usuários, familiares e profissionais.

III. CARACTERÍSTICA DOS TRATAMENTOS EM SAÚDE MENTAL

- Todo serviço de triagem em saúde mental deve incluir uma avaliação psiquiátrica, psicológica, médico-clínica e social que garanta uma visão ampla e integrada do usuário e que respeite a sua fragilidade e dignidade de pessoa humana;
- Deverão ser proibidas as formas de tortura e violência pretensamente “terapêuticas”:
 - Camisa-de-força
 - Psicocirurgia
 - Insulinoterapia
 - Esterilização involuntária
 - Cela forte
 - ECT
 - Amarrar

Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental

- Superdosagem de medicamentos, do tipo DEPOT e "Sossega Leão"
- Sobre as formas de admissão qualquer internação psiquiátrica efetuada deverá ser comunicada num prazo de 48 horas ao Ministério Público e a um ouvidor não convocado pela própria instituição, mas sim escolhido pelas entidades de usuários;
- Todo usuário deverá ser informado, em linguagem do seu entendimento, das opções de serviços e tratamento, e a decisão final deverá contar com o consentimento do usuário e/ou pessoa de sua confiança;
- Todo programa de saúde mental deverá promover abordagens e serviços especializados e adequados aos diversos grupos da clientela, tais como alcoolistas, crianças e adolescentes, idosos, autistas, drogaditos, portadores de deficiência, de HIV positivo, etc;
- Todo serviço de saúde mental deve oferecer orientação, suporte e/ou terapêutica para os familiares dos usuários, bem como mecanismos de participação nas decisões e fiscalização dos serviços;

IV - DIREITOS DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

- Todo usuário tem direito à expressão responsável de sua afetividade e sexualidade nos serviços de saúde mental, bem como à orientação, educação sexual e acesso aos meios de contracepção;
- Todo usuário deve ter garantido o direito:
 - de acesso as informações contidas no prontuário,
 - de acesso aos meios de comunicação, tais como a TV, jornais, rádios e telefone,
 - ao sigilo e inviolabilidade de correspondência,
 - à privacidade e individualidade,
 - a participar das decisões nos serviços, nos conselhos populares, conferências e encontros de saúde,
 - a uma representação legal gratuita em caso de incapacidade civil,
 - ao acesso às informações dos direitos dos usuários e familiares.

V - REIVINDICAÇÕES - TEMAS DE LUTA E MOÇÕES

- Que seja encaminhada, aos poderes Legislativo o e Judiciário, a proposta de considerar a aplicação do ECT como crime inafiançável;
- Que a "Carta de Direitos dos Usuários" seja publicada nos principais jornais privados e Oficiais, que seja afixada em lugar visível em todos os serviços de saúde mental, e seja difundida, em cartilha, entre os usuários de serviços;

Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental

- Encaminhar ao Congresso Nacional a proposta de emenda ao Código Civil, eliminando a expressão “loucos de todo o gênero” e “incapazes para os atos da vida civil” (artigo 5º do Código Civil em vigor), e que sejam amplamente discutidas e revisadas as categorias de periculosidade e imputabilidade atribuídas ao portador de transtorno mental no Código Penal em vigor;
- Promover programas de orientação aos policiais, Corpo de Bombeiros e outros técnicos que prestam serviços sociais em relação aos cuidados especiais e direitos do portador de transtorno mental em crise;
- Que a coordenação do movimento e a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica façam uma campanha na mídia, a nível nacional, para esclarecimento da população sobre o que vem a ser saúde mental, e não doença mental;
- Que se tomem medidas contra a discriminação ao usuário com relação a empregos e vida pública. Sugerir ao governo que se facilite apoio ao usuário através de abertura do campo de trabalho, por exemplo, através de leis que estabeleçam que firmas com mais de 100 empregados tenham de oferecer vagas, numa proporção ainda a ser definida, para usuários dos serviços de saúde mental que esta mesma medida se estenda ao poder público de maneira geral e também, de forma específica, aos equipamentos de saúde mental, tais como Centros de Convivência, Cooperativas, hospitais-dia, lares abrigados, etc. Que haja incentivos fiscais para as firmas que contratarem usuários e para aquelas que colaborem em programas de reabilitação e treinamento de usuários para o mercado de trabalho;
- Que a fala em qualquer encontro da luta antimanicomial seja simplificada para atendimento de todo usuário;
- Que o movimento procure sensibilizar os candidatos a cargos políticos a integrarem em suas plataformas os objetivos da luta antimanicomial;
- Que em todos os municípios sejam implantados, na prática, os conselhos municipais e distritais de saúde, bem como os conselhos municipais da pessoa deficiente, com inclusão dos representantes dos movimentos de saúde mental nestes conselhos;
- Que sejam denunciados os municípios que não cumprirem a legislação do Sistema Único de Saúde;
- Que os municípios e serviços de saúde mental invistam na formação e treinamento dos trabalhadores de saúde mental, com ênfase na abordagem dos objetivos da luta antimanicomial;
- Estimular a criação e o desenvolvimento das organizações não-governamentais especializadas em questões jurídicas para defender a cidadania dos portadores de transtorno mental;
- Estabelecer uma instância de revisão obrigatória para todos os casos de interdição civil, com a participação de todos os segmentos da sociedade civil. Que essas instâncias criadas contemplem também os casos das pessoas com sofrimento psíquico presas em medida de segurança;

Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental

- Exigir do Estado uma atenção integral e um programa de ressocialização específica para aqueles usuários de longa permanência nos asilos;
- Exigir do Judiciário uma revisão das políticas de manicômios Judiciários com o desenvolvimento de programas alternativos;
- Exigir que ensaios clínicos e experimentais em saúde mental não sejam aplicados sem o consentimento informado dos usuários;
- Que as leis existentes e as em tramitação sejam revistas, considerando as propostas aprovadas e as diretrizes da II Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro, 1992) e do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial de Salvador, e basear-se na Carta dos Direitos dos Usuários, produzida no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares, realizado em Santos;
- Que se incentive o desenvolvimento de associações populares e organizações não-governamentais na prestação de serviços alternativos e inovadores em saúde mental, com amplo suporte técnico e financeiro dos governos e do Sistema Único de Saúde;
- Que se encaminhe uma revisão e ampliação da discussão do projeto de lei estadual de Política de Saúde Mental, em discussão na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, tendo como base a "Carta de Direitos dos Usuários e Familiares";
- Que seja criado pelo poder público um sistema especial de atendimento aberto aos portadores de transtorno mental que vivem nas ruas das cidades em nosso país.
 1. Esta plenária manifesta o seu repúdio à política deliberada de destruição da rede de serviços alternativos em saúde mental pela atual Prefeitura de São Paulo;
 2. Esta plenária expressa o seu repúdio ao projeto de lei da deputada Laura Carneiro, do Rio de Janeiro, que delibera o recolhimento da população de rua em uma instituição de saúde mental privada;
 3. Esta plenária manifesta seu repúdio ao corte da Supervisão Institucional dos Trabalhadores de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo;
 4. O III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares de Saúde Mental vem exigir que seja aprovado imediatamente o projeto de lei 366/92 de Reforma Psiquiátrica do Estado de São Paulo, de autoria do deputado estadual Roberto Gouveia e outros, que se encontra em tramitação na Assembléia Legislativa de São Paulo.

Em 1925, Artaud e um conjunto de artistas franceses escreveram um manifesto dirigido aos diretores de manicômios, tornando público uma crítica fundamental:

“As leis e os costumes vos concedem o direito de medir o espírito...”

Deixa-nos rir. A credulidade dos povos civilizados, dos sábios, dos governos, adorna a psiquiatria de não sei que luzes sobrenaturais... Não pretendemos discutir aqui o valor da vossa ciência nem a duvidosa existência das doenças mentais. Mas para cada cem supostas patogenias nas quais se desencadeia a confusão da matéria e do espírito, para cada cem classificações das quais as mais vagas são as mais aproveitáveis, quantas são as tentativas nobres de chegar ao mundo cerebral onde vivem tantos dos nossos prisioneiros? Quantos, por exemplo, acham que o sonho do demente precoce, as imagens pelas quais ele é possuído, são algo mais que uma salada de palavras?

Não nos surpreendemos com vosso despreparo diante de uma tarefa para a qual só existem uns poucos predestinados. No entanto nos rebelamos contra o direito concedido a homens - limitados ou não - de sacramentar com o encerramento perpétuo suas investigações no domínio do espírito.

E que encerramento! Sabe-se - não se sabe o suficiente - que os hospícios, longe de serem asilos, são pavorosos cárceres onde os detentos fornecem uma mão de obra gratuita e cômoda, onde os suplícios são a regra, e isso é tolerado pelos senhores. O hospício de alienados, sob o manto da ciência e da justiça, é comparável à caserna, à prisão, à masmorra.

Não levantaremos aqui a questão das internações arbitrárias, para vos poupar o trabalho dos desmentidos fáceis. Afirmamos que uma grande parte dos vossos pensionistas, perfeitamente loucos segundo a definição oficial, estão, eles também, arbitrariamente internados. Não admitimos que se freie o livre desenvolvimento de um delírio tão legítimo e lógico quanto qualquer outra seqüência de idéias e atos humanos. A repressão dos atos anti-sociais é tão ilusória quanto inaceitável no seu fundamento. Todos os atos individuais são anti-sociais. Os loucos são as vítimas individuais por excelência da ditadura social; em nome dessa individualidade intrínseca ao homem, exigimos que sejam soltos esses encarcerados da sensibilidade, pois não esta ao alcance das leis prender todos os homens que pensam e agem.

Sem insistir no caráter perfeitamente genial das manifestações de certos loucos, na medida da nossa capacidade de avaliá-las, afirmamos a legitimidade absoluta da sua concepção de realidade...

Que tudo isso seja lembrado amanhã pela manhã, na hora da visita, quando tentarem conversar sem dicionário com esses homens sobre os quais, reconheçam, os senhores só tem a superioridade da força”.

Artaud, Antonin

Carta aos médicos chefes dos manicômios in Coleção Rebeldes Malditos. 5. (Tradução de Cláudio Willer L & PM Editores)

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

APRESENTAÇÃO

Temos o prazer de apresentar o Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial.

Realizado em Belo Horizonte, de 01 a 05 de novembro de 1995, este Encontro reuniu cerca de 1.000 participantes das mais diferentes regiões do país, com presença expressiva de usuários, familiares, trabalhadores da saúde mental, militantes de vários segmentos sociais. A diversidade, traço deste Encontro e deste Movimento, define o campo a partir do qual articulamos, num trabalho coletivo, nossos princípios comuns.

Assim, o segundo Encontro dá prosseguimento à série iniciada em Salvador, consolidando-a, e trazendo bons augúrios para sua continuidade; permite-nos afirmar a sustentação política e organizativa do Movimento enquanto Movimento Nacional. Na multiplicação desde efeito, um relatório tem grande importância: ao informar-nos sobre as reflexões, e propostas produzidas num evento deste porte, subsidia e amplia os debates, além de comprometer-nos com nossas próprias deliberações.

Lamentamos, pois, nossa demora em entregar aos companheiros esta síntese das férteis atividades que partilhamos no II Encontro; esperamos compensá-la pelo empenho em divulgar tão amplamente quanto possível este texto, concluído enfim.

E, neste ato de conclusão, Minas agradece carinhosamente a todos a preciosa oportunidade que lhe foi dada no Encontro de Salvador, quando convidada a assumir, até novembro último, a Secretaria Executiva do Movimento. O trabalho foi árduo, porém frutífero; o aprendizado difícil, mas necessário; a experiência tão surpreendente quanto feliz. Retomando agora nossas tarefas locais, haveremos de zelar pela articulação com um coletivo mais além de nossas fronteiras, cuja importância e necessidade aprendemos a apreciar.

A atual Secretaria Executiva, nossos melhores votos e muitas expectativas de sucesso para o terceiro Encontro no Rio Grande do Sul.

Fórum Mineiro de Saúde Mental

1- EIXO ORGANIZATIVO

1 - HISTÓRIA DO MOVIMENTO

(A) Esclarecimento Preliminar

Durante o processo de organização do II Encontro, a comissão organizadora deliberou pelo envio de solicitação de contribuição por escrito, em relação ao processo histórico do movimento em cada Estado. A intenção inicial era reunir um maior número de textos para a formação de um documento que desse corpo ao resgate da memória da luta antimanicomial no Brasil. Atenderam ao pedido da comissão, os Estados da Paraíba, Minas Gerais e São Paulo, cujos textos figuram como anexos desse relatório.

Durante o Encontro tivemos notícia de que estudos sobre o tema vêm sendo desenvolvidos em instituições acadêmicas e de pesquisa, o que esperamos, em breve, poder divulgar com maiores detalhes.

A Plenária final acatou proposta da comissão de relatoria que entendeu não ser o tema, História, passível de votação, já que constatou-se que os depoimentos nos grupos foram baseados na particularidade de cada Estado, com o apontamento dos acontecimentos relevantes na história de cada um. Dessa forma o tema "História do Movimento", ganha aqui a forma aprovada pela plenária, de ser um documento histórico que permita retratar de forma descritiva e avaliativa o processo em curso.

Para a formulação deste documento, a fidelidade aos relatórios dos grupos não se dará por mero rigor regimental. Na verdade, trata-se de valorizar, de considerar como material fundamental, as falas dos atores sociais envolvidos no Movimento da Luta Antimanicomial. Não há preocupação sobre a veracidade dos fatos relatados, nem sobre a correção de datas ou locais, pois pretende-se acima de tudo, fornecer um retrato de como a história vivida é contada pelos agentes que a produzem.

(B) Nossa História

Num primeiro momento percebemos no relato das discussões dos vários grupos a reconstituição de marcos históricos que destacamos aqui por representarem, na fala dos grupos, momentos na história recente do Movimento da Luta Antimanicomial de importância nacional e que tiveram efeitos de mobilização em todo o país. São estes:

- I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987): a realização desta Conferência, como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi um momento importante de discussão de novas políticas assistenciais, de uma nova legislação psiquiátrica e da cidadania enquanto um eixo orientador dessas discussões. Nesta Conferência acontece uma reunião "paralela" que deu origem ao Encontro de Bauru.

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

- Encontro de Bauru (1987): os trabalhadores de saúde mental propõem mudanças nos princípios teóricos e éticos da assistência e lançam a radicalidade da utopia: “Por uma Sociedade Sem Manicômios”. Também neste encontro tirou-se o 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial.
- Projeto de Lei Paulo Delgado (1989): Foi apresentado à Câmara, propondo mudanças radicais na legislação psiquiátrica vigente. A partir daí se tornou um importante catalisador das discussões do Movimento, gerando a criação e aprovação dos vários projetos estaduais.
- Intervenção no Hospital Psiquiátrico em Santos (1989): É apontada como um marco decisivo para a viabilização e a legitimidade do fim dos hospitais psiquiátricos e a constituição de serviços orientados pelo respeito à cidadania dos usuários.
- II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992): Um marco de consolidação da participação dos usuários e de seqüência das discussões da legislação, assistência e cidadania.
- Encontros Nacionais de Usuários: I Encontro Nacional em São Paulo (1991), II Encontro Nacional no Rio de Janeiro (1992) e III Encontro Nacional em Santos (1993). Marcos da participação crescente de usuários e familiares no Movimento da Luta Antimanicomial que culmina com a aprovação da Carta de Direitos no Encontro de Santos.
- I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial: É apontado como um marco de consolidação de um movimento de abrangência social mais ampla com participação paritária entre técnicos e usuários. Espaço importante de troca de experiências antimanicomiais de todo o país que vão constituir as bases do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

A partir destes marcos, ressaltamos a riqueza das falas nos grupos onde se presentifica a importância das experiências trocadas por usuários, técnicos e participantes em geral do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial. Organizaremos os relatos por Estado para que tenhamos um panorama nacional do movimento, a partir da fama de seus diversos atores sociais.

MINAS GERAIS: O Movimento toma impulso através das denúncias de violência e da concentração de leitos no Estado no III Congresso Mineiro de Psiquiatria em 1979, com a presença de Basaglia, Foucault e Castel. Num primeiro momento caracterizou-se como Movimento dos Trabalhadores e após o I Encontro Nacional consolidou-se a participação dos usuários. O Fórum Mineiro de Saúde Mental foi Secretaria Executiva Nacional e agora esta sediando o II Encontro Nacional. Com a aprovação da Lei Carlão em 1995, que propõe a extinção dos manicômios, espera-se fortalecer o Movimento no interior do Estado, que já tem experiências importantes em Betim, Brumadinho, Itaúna, etc.

A Assusam (Associação dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais) criada em 1994 está crescendo e ampliando suas bases através da criação de vários núcleos.

ESPÍRITO SANTO: Em Vitória o Movimento vem denunciando a desativação de serviços, a violência contra os pacientes e a lógica do governo do Estado de reduzir gastos. O hospital público foi desativado, sendo que a partir de 1986 foram criados 4 hospitais psiquiátricos

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

privados. Os pacientes foram loteados neste hospitais e os casos cronicados mandados para hospitais do interior. Em 1990 foi criado o Fórum de Saúde Mental com participação de usuários, familiares e técnicos da saúde de outras áreas.

DISTRITO FEDERAL: Em 1987 foi criado o 1º Hospital-dia por profissionais que não queriam mais trabalhar no esquema de hospitais psiquiátricos. Em 1991 os trabalhadores criaram um Movimento de Saúde Mental e uma equipe ligada ao movimento assumiu a direção do serviço (Instituto de Saúde Mental), sendo criados a "Cooperativa Cabeça". A associação de usuários e familiares vem fazendo denúncias e trabalhando junto com técnicos e outras entidades desde julho/95.

RIO DE JANEIRO: É lembrada a criação da Casa Palmeiras em 1956. Hoje tem ocorrido avanços em alguns serviços, onde acontecem movimentos culturais. Foi lembrado que Milton Freire fez o 1º manifesto de usuário a circular na mídia nacional. Em Angra dos Reis desde 1991 o município vem fazendo uma reforma na assistência e implantando o novo Programa de Saúde Mental e atualmente tem o projeto "De Volta Para Casa". Em São Gonçalo foi criada a Associação dos Portadores de Doença Mental em 1988, com o objetivo de lutar por melhores condições de tratamento. Foi lembrado que a participação de usuários e familiares vem crescendo no Estado e hoje tentam se articular através de reuniões no Instituto Franco Basaglia.

Após um 1º momento de denúncias, um segundo de propostas de reformas, agora se propõe a invenção de um novo modelo de assistência e também de luta contra o sucateamento dos serviços públicos.

RIO GRANDE DO SUL: O movimento tem origem no processo desencadeado pela redemocratização do país, a VIII Conferência Nacional de Saúde Mental e a defesa da Reforma Sanitária. Foi realizado o I Encontro Estadual de Saúde Mental, preparatório para a I Conferência Nacional de Saúde Mental. A partir de então desencadearam-se ações nos municípios e a intervenção no Hospital São Pedro, priorizando a formação de trabalhadores da Saúde Mental Coletiva. O Fórum Gaúcho de Saúde Mental foi criado e conseguiu a aprovação da lei estadual, que vêm junto com a criação de muitos serviços nos municípios, inseridos na rede pública - SUS. O movimento passa a organizar-se por núcleos nas regiões e municípios.

BAHIA: Falou-se da política oligárquica e das dificuldades de avanço. Atualmente há um projeto de lei em estudo e a atuação do Núcleo de Estudos pela Superação dos Manicômios e a Associação Metamorfose Ambulante com participação de usuários e familiares.

ALAGOAS: O Núcleo começou em 1993 após o Encontro de Salvador, tendo origem nas discussões entre os técnicos sobre o seu papel cronicado nas instituições. O movimento ainda é frágil. Foram lembradas as comemorações do Dia Mundial de Saúde Mental.

CEARÁ: Considera-se um dos estados mais avançados do Nordeste em relação a Reforma Psiquiátrica. Foi o 2º Estado do país a aprovar a lei estadual. O desenvolvimento é maior no interior com a criação de CAPS em Queixada, Canindé e Guatu. Existe a Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica, que tem encontrado dificuldades na implementação de políticas em saúde mental.

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

GOIÁS: O movimento caminha com dificuldade. Houve desativação de um manicômio e que foi reaberto. Uma parceria importante é o CRP. Há preocupação de humanização do manicômio de Anápolis, mas o Movimento ainda não chegou lá. Há discussões para um projeto de lei estadual.

MATO GROSSO: A partir de 89 o número de internações foi reduzido. Trabalhadores envolvidos na luta antimanicomial assumiram um hospital, mostrando para o Estado a possibilidade de mudar a realidade. Foi criado um grupo de doenças típicas da região, o SIMI.

Em 93 houve um Encontro do Movimento para elaboração de um Projeto de Saúde Mental descentralizado e há também um projeto de lei engavetado. Hoje o movimento envolve técnicos, usuários e familiares.

SÃO PAULO: Foi citada a Lei Municipal de Reforma Psiquiátrica de Ribeirão Preto e também uma Comissão de Reforma funcionando. Foi lembrada a criação do Hospital-dia do Hospital das Clínicas em 1966. O núcleo está avançando. Em São Vicente foi citada a atuação da Associação Maluco Beleza de Usuários e Familiares. Em São Paulo - capital houve redução progressiva de leitos durante a gestão de Luíza Erundina. Foi criada a CPI dos manicômios e aprovado o Código de Saúde que tem um capítulo de Saúde Mental.

SANTA CATARINA: Começaram discussões em 91 com psicólogos e estudantes e hoje há um projeto de lei tramitando. A organização do movimento é ainda restrita e haverá um evento com Franco Rotelli para subsidiar as discussões do movimento.

PARAÍBA: A luta iniciou-se desde a década de 70 com discussões entre estudantes de enfermagem e psicologia. Na década de 80 foi criado um Fórum de Técnicos de Saúde Mental. A partir do Encontro de Salvador foi criado o núcleo da Luta Antimanicomial. As dificuldades são muitas, devidas à não municipalização da saúde.

PERNAMBUCO: Em Recife há um núcleo atuante e tem sido feitas, discussões e comemorações para levar informações à população. Existem já alguns serviços substitutivos mas a assistência tradicional é forte. Há lei estadual aprovada e há possibilidade de aprovação da lei municipal. Existe e já atuante a Associação de Usuários e Familiares.

RIO GRANDE DO NORTE: Existem serviços substitutivos ao manicômio e um projeto de lei aprovado parcialmente. Existe uma associação de usuários desde 1992.

2 - AVALIAÇÃO

O Movimento cresceu, ampliando-se da participação exclusiva de técnicos, para a participação de usuários e familiares. Saiu do espaço institucional para um espaço mais amplo, buscando romper com o preconceito e a discriminação em relação ao dito doente mental.

Isto não é homogêneo em todo o país, existindo diferenças locais, regionais; em termos desses avanços/retrocessos, avalia-se que houve mais avanços.

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Constatou-se ainda que a grande diversidade na evolução do Movimento a nível nacional reflete-se na dificuldade dos núcleos se constituírem independentemente dos serviços.

Houve avanços quanto à abertura de diálogo e posturas profissionais.

Discutiu-se sobre a necessidade de evitar uma “tutela” sobre o movimento de usuário, preservando sua autonomia em decisões e iniciativas.

Reconhece-se que é o PT o partido que mais tem avançado na implementação das propostas antimanicomiais em suas administrações, mas referendou-se a autonomia político-partidária do Movimento.

Há necessidade de inserção em outros movimentos sociais. Deve-se ampliar a discussão da exclusão em outros coletivos (Movimento Negro, Mulheres, Sem-Terra, etc). Faz-se necessário o resgate da bandeira da desinstitucionalização levantada pelo Movimento, não só para a loucura, mas para toda a sociedade.

Avaliou-se que o discurso antimanicomial está sendo apropriado por outros setores, cujas propostas são opostas àquelas do Movimento. Assim, é necessário tomar cuidado para que os NAPS e CAPS sejam uma maquiagem de hospitais, muitas vezes utilizada apenas para obtenção de financiamento. Do mesmo modo, a transposição do tratamento hospitalar para ambulatório, pelo recurso do uso excessivo de medicação e outras práticas excludentes, mantém inalterada a estrutura manicomial. O Movimento deve permanecer atento para todas as formas desta estrutura

Enfatizou-se a necessidade de atuar a nível da formação dos futuros profissionais, tendo em vista que a intervenção no âmbito da formação é fundamental para a instauração de multiplicação das práticas efetivamente antimanicomiais.

Avaliou-se com positiva a atuação da Secretaria Nacional. A divulgação de informações do “CIRCULADO” foi eficaz, apesar de não ter havido antecedência suficiente na divulgação e convocação de plenárias para os núcleos mais distantes, especialmente.

Avaliou-se que a experiência de uma “rede de organização mínima” contemplou melhor as diferenças de organização do Movimento em regiões diferentes do país.

3- IDENTIDADE

3.1. O Movimento de Luta Antimanicomial deve ser múltiplo, público, aberto, democrático, autônomo, popular e de qualidade.

3.2. O Movimento é aberto a participação de todos os usuários, familiares e trabalhadores de saúde e a todos os cidadãos identificados com seus princípios e objetivos. É vedada a participação de serviços privados em qualquer instância do Movimento.

3.3. O Movimento deve-se pautar pela definição do eixo da desinstitucionalização e não da desospitalização e humanização.

3.4. Deve ainda inserir-se no contexto social de forma ampla e integrada com outros movimentos.

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

3.5. Manutenção do slogan: "Por uma Sociedade sem Manicômios".

Substituição do slogan: "Brasil Sem Manicômios no ano 2000", por "Brasil sem Manicômios já".

3.6. Manutenção do 18 de maio como Dia Nacional da Luta antimanicomial.

3.7. O Movimento defende uma política de saúde mental pública e gratuita, de acordo com os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde). Posiciona-se contrariamente ao incentivo, por parte do poder público, de iniciativas privadas no campo da saúde mental, que o desobriguem de cumprir o seu papel.

3.8. O Movimento deve-se manter autônomo em relação as setores políticos- partidários e governamentais.

4- ESTRUTURA ORGANIZATIVA

4.1. Estruturação

Reafirma-se a estrutura em rede do Movimento, de forma a garantir uma efetiva descentralização.

4.1.1. Reafirma-se a estrutura de organização tirada em Salvador, que deve ser aperfeiçoada.

4.1.2. O Movimento mantém sua estrutura organizativa, através de núcleos articulados sob a forma de Rede, com a Secretaria Nacional.

4.1.3. São mantidas as plenárias nacionais semestrais do Movimento.

4.1.4. Deve-se discutir a questão do direito a voto nas plenárias.

4.1.5. A organização do Movimento deve ser agilizada através da descentralização das tarefas: os eventos temáticos não serão concentrados na Secretaria Nacional.

4.1.6. Discussões estaduais devem ser realizadas antes de cada Encontro Nacional.

4.1.7. Deve-se aprofundar a discussão sobre o possível caráter de ONG (Organização Não Governamental) do Movimento, para verificar se tal caráter atende ou não à nossa estrutura organizativa.

4.1.8. A participação dos militantes do Movimento - técnicos, familiares e usuários - é necessária em fóruns de discussão permanente do próprio Movimento, assim como em Conselhos de Saúde e demais instâncias do SUS.

4.1.9. O Movimento deve articular-se e participar de outros movimentos sociais.

4.1.10. O Movimento deve definir critérios para parcerias.

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

4.2. Finanças

Devem ser criados mecanismos de autonomia financeira para garantia de autonomia político-ideológica.

4.2.1. Mantém-se a contribuição semestral dos Núcleos à Secretaria Nacional no valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais).

4.2.2. O sistema de arrecadação será estabelecido através do mapeamento da rede, utilizando Mala Direta.

4.2.3. A organização como ONG de ser discutida também como forma de capacitação de recursos e autonomia financeira.

4.2.4. Fundos de colaboração para fins de divulgação devem ser criados.

4.2.5 O Movimento deve definir critérios para financiamentos.

4.3. Comunicação e Divulgação

É fundamental assegurar a comunicação a todos os núcleos sobre as atividades do Movimento; da mesma forma, o Movimento deve promover a divulgação de suas propostas junto à sociedade, e intervir de forma incisiva no âmbito da formação em Saúde Mental.

4.3.1. Mapeamento dos serviços existentes no país ligados ao Movimento.

4.3.2. Manutenção da Mala Direta.

4.3.3. Divulgação dos nomes e endereços dos participantes deste Encontro para todos os Núcleos.

4.3.4. Criação de mecanismos de divulgação, informação, formação e assessoria jurídica, não necessariamente sediados na Secretaria Nacional.

4.3.5. Organização pela Secretaria Nacional de catálogo de aceno dos trabalhos afins do Movimento, a partir de contribuições dos Núcleos e, também, com inclusão do catálogo da FIOCRUZ.

4.3.6. Continuidade da publicação do "CIRCULADO".

4.3.7. Estabelecimento de novos canais de trocas de informação, tais como jornal, centro de informação e divulgação, cooperativas.

4.3.8. Criação de revista destinada à troca de informações no Movimento e com outros movimentos sociais, não necessariamente vinculada à Secretaria Nacional.

4.3.9. Criação de banco de dados para subsidiar os Núcleos.

4.3.10. Divulgação do Movimento através de material visual.

4.3.11. Intervenção nos órgãos de formação dos profissionais de Saúde Mental.

5 - ESTRATÉGIAS DE LUTA

5.1. Quanto às Prioridades Temáticas.

- 5.1.1. Promover, no ano de 1996, eventos temáticos sobre os seguintes temas: PAD (Programa de Apoio à Desospitalização), Saúde Mental Infantil, Formação em Saúde Mental, Saúde Mental e Direito.
- 5.1.2. Não atrelamento de nossas discussões à questão assistencial, ampliando-as sempre no horizonte da cidadania.
- 5.1.3. Discussões nos Núcleos sobre as questões de PAD, LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), Reforma Psiquiátrica.
- 5.1.4. Discussões sobre o tema da exclusão nos serviços substitutivos, de forma que não reproduzam a estrutura manicomial.
- 5.1.5. Discussão das relações do Movimento com partidos políticos e instituições.

5.2. Quanto à Atuação no Âmbito Social

- 5.2.1. Inserção nos movimentos populares, inclusive através da Central dos Movimentos Populares.
- 5.2.2. Fortalecimento da luta pela participação nos Conselhos de Saúde e Assistência Social, buscando nortear nestas instâncias as alianças com os movimentos populares.
- 5.2.3. Criação de fóruns de discussão e investigação da exploração do trabalho de usuários nos serviços.
- 5.2.4. Luta pela indenização dos usuários que perderam grande parte de sua vida em hospícios.
- 5.2.5. Busca de formas efetivas de participação dos usuários na sociedade.
- 5.2.6. Discussões dos projetos de lei da luta antimanicomial em tramitação.
- 5.2.7. Total apoio ao projeto de lei Paulo Delgado, com a promoção de marketing favorável a sua aprovação.
- 5.2.8. Manutenção do 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.
- 5.2.9. Modificação do termo "serviços alternativos" para "serviços substitutivos".
- 5.2.10. Posicionamento do Movimento frente a Associação Internacional de Reabilitação Psicossocial, a ser transmitido pelos nossos representantes no próximo Encontro promovido pela referida Associação.
- 5.2.11. Denúncia da manipulação através da qual os laboratórios farmacêuticos procuram envolver os usuários, na promoção e propaganda de medicamentos.

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

5.3. Quanto à Formação

5.3.1. Ampliação da intervenção do Movimento junto às universidades e demais instituições formadoras.

5.3.2. Promoção da capacitação em termos de formação, cursos e publicações.

5.3.3. Apoio à iniciativa dos trabalhadores de ensino e pesquisa em Saúde Mental para um encontro que aborde a temática antimanicomial, de forma articulada com o movimento.

5.3.4. Criação de grupos de estudo e pesquisa para fundamentação teórica do Movimento.

5.4. Quanto à Relação com as Instâncias Governamentais

5.4.1. Estimulo a criação de Comissões de Reforma Psiquiátrica nos Conselhos de Saúde.

5.4.2. Busca de participação nas instâncias de planejamento de políticas sociais.

5.4.3. Avaliação crítica das propostas do Ministério da Saúde quanto à humanização e redução dos leitos.

5.4.4. Luta pela criação de CPI's dos manicômios nos Estados.

5.4.5. Solicitação ao Ministério da Saúde, por parte da Secretaria Nacional, de um relatório que indique com clareza a devolução das verbas recebidas indevidamente pelos hospitais psiquiátricos que diziam atender as exigências do nível III, e que após fiscalização foram rebaixados ao nível I.

5.4.6. Luta para que o Movimento consiga representação no Conselho Nacional de Saúde.

6 - DELIBERAÇÕES SOBRE EVENTOS E REPRESENTAÇÕES DO MOVIMENTO

6.1. Eventos

6.1.1.IV Encontro Nacional de Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental
Local: Franco da Rocha/S.P.

Data: 1ª quinzena de março/1996

6.1.2. III Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial

Local: Rio Grande do Sul

Data: 1997

6.1.3. Seminários com Temas Específicos:

- Saúde Mental e Direito

Local: Belo Horizonte/MG

- PAD (Programa de Apoio à Desospitalização)

Local: Santos/SP

- Trabalhadores de Ensino e Pesquisa da Área de Saúde Mental

Local: Salvador/BA

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

6.2. Representações do Movimento

6.2.1. Secretaria Executiva Nacional Do Movimento para o Biênio 96/97

Rio Grande do Sul

6.2.2. Representantes do Movimento na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica:

Titular: Miriam Nadim Abou-yd (MG)

Suplente: Floriano Nuno de Barros Pereira Filho (SP).

6.2.2. Representantes dos usuários e familiares na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica:

Fica mantido os nomes de Graça Fernandes (RJ) e Geraldo Peixoto (SP). No IV Encontro Nacional de Usuários e Familiares será feita a escolha de nova representação.

6.2.3. Representante do Movimento no Conselho Nacional de Saúde:

Titular: Márcia Ramos (ES)

Suplente: Anna Athanázio de Oliveira (SP)

6.2.4. Representante dos Usuários no V Encontro Mundial de Reabilitação Psicossocial

(Holanda, Abril/96)

Titular: Austregésilo Carrano Bueno (SP)

Suplente: Geraldo Francisco da Silva (MG)

6.2.5. Representante dos Familiares no V Encontro Mundial de Reabilitação Psicossocial:

Titular: Geraldo Peixoto (SP)

Suplente: Elizabete Evangelista dos Santos (SP)

11- EIXO TEMÁTICO

1 - EXCLUSÃO NA CULTURA

- O que é cultura? Foi uma questão que os grupos necessitaram discutir em todos os momentos. Chegou-se às seguintes idéias: Cultura é conhecer e instruir; é tudo o que se produz através do pensamento entre pessoas; cultura é o que resulta do pensamento entre pessoas; cultura é criar conversa. Cultura são os ritos, valores e crenças de um povo. Cultura é tudo que diz respeito à vida.
- Foi feita uma proposta de usar-se "ideologia manicomial" ao invés de "cultura manicomial" pois, como a cultura é criativa, não pode ser manicomial. Ideologia refere-se a um conjunto empacotado de idéias prontas a serviço de um poder.
- A cultura é diferente da erudição pois não depende apenas da quantidade de saber. A linguagem precisa ser cuidada pois pode excluir.
- Em cada encontro do Movimento da Luta Antimanicomial, em cada reunião, produz-se uma cultura que é intransferível, característica, e de cunho antimanicomial.

O Movimento Antimanicomial não pretende apenas a extinção dos manicômios, pois as relações entre as pessoas podem continuar a ser excludentes e manicomiais fora do hospital. É necessária uma mudança ampla a nível da sociedade, onde se resgate o respeito pela

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

subjetividade do cidadão, ao seu pensamento e à sua criatividade. Deve-se enfatizar a igualdade do direito de todo cidadão poder expressar suas diferenças, suas peculiaridades, seu patrimônio pessoal.

- A loucura é vista como inerente ao homem e não algo que está em alguns.
- Discutir a loucura apenas pelo enfoque biológico é “babaquice”. É preciso incluí-la na questão social e considerar seus determinantes.
- A sociedade capitalista, com sua mentalidade massificadora, abafa a subjetividade do homem, principalmente do homem que está sob sofrimento psíquico (“o louco”). Abandonado, pois ele não tem força de trabalho para oferecer. A cultura predominante é a cultura da submissão e delegação de responsabilidade. Precisamos criar cultura de autonomia, autoria e cidadania.
- O ser humano quando adoece mentalmente sofre um “gelo social”. É preciso abrir uma possibilidade de diálogo deste ser humano com o restante da sociedade.
- O técnico da saúde mental (psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, etc) precisa ser percebido como parte estratégica da transformação: se não for modificada a sua mentalidade, as relações entre eles e os usuários sempre terão características manicomiais, tuteladoras e infantilizadoras. Os técnicos precisam resgatar o sentido real da “humildade”.
- A exclusão começa na escola onde a criança “diferente” vai para as classes especiais, verdadeiros mini-manicômios.
- O laudo psicológico que é feito por psicólogos nas escolas é um verdadeiro passaporte para a segregação. A questão principal é: a criança não se adaptou ao método escolar ou, na verdade, o método não é adequado à criança?
- Citou-se um estudo feito onde se apurou que o número de crianças em classes especiais é igual ao número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos e igual ao número de presidiários, no Brasil.
- O pensamento do usuário não tem canais de expressão garantidos. O movimento da Luta Antimanicomial sofre do mesmo problema.
- Os usuários tem necessidades particulares, próprias, que precisam ser atendidas. Não confundir esta atenção com paternalismo.
- Desta forma, o Movimento da luta Antimanicomial deve colocar-se ao lado de outros movimentos de excluídos (negros, homossexuais, sem-terra, etc), assim como aumentar o contato com outros movimentos populares.
- É consenso que o usuário tem dificuldades e necessidades peculiares, como ter acesso, por exemplo, ao transporte coletivo. Não está clara qual a melhor forma desta garantias, se através de carteirinha onde exista um carimbo “deficiente” ou através de “passes” para que o usuário possa andar de ônibus como todo mundo faz. Esse assunto requer reflexões adicionais.
- É necessário um cuidado para o doente não ser “o mal” e o psiquiatra “o bem”. Também é preciso cuidar para que o psiquiatra não seja “o mal” e o paciente “o bem”. As relações não são tão simples.
- A arte é o grande canal de expressão do homem, por conseguinte do usuário. O Movimento Antimanicomial tem experiências positivas em abundância. Arte também é saúde. Devemos

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

estar atentos para que a arte não seja mais um modo de exclusão. O louco também pode ser filósofo, pensador, etc.

Propostas

- 1 - O movimento deve fazer um levantamento das produções artísticas e literárias sobre os temas "Loucura e Manicômio" para servir como referência principalmente para quem viveu esse estágio da experiência humana.
- 2 - O movimento deve definir critérios para garantir a gratuidade dos meios de transportes coletivos aos usuários.
- 3 - O movimento precisa manter canais de informação mais intensos e freqüentes com a sociedade. Veicular boletins, panfletos, elaborar cartilhas para trabalhar nas escolas de I e II graus e em creches.
- 4 - O movimento deve tentar garantir a todos os núcleos um acervo de vídeos sobre o tema loucura, manicômios, etc, para propiciar maior subsídio para divulgação.
- 5 - Sugerir às universidades a inserção do tema "o que é manicomial" com o objetivo de modificar os currículos dos profissionais de saúde mental.
- 6 - A lógica manicomial não é um atributo exclusivo da dinâmica dos hospitais psiquiátricos; portanto, o Movimento deverá estar vigilante. O risco de reprodução desta lógica nos serviços substitutivos de saúde mental deverá viabilizar constantes discussões com trabalhadores e usuários acerca do sentido do manicomial.
- 7 - Cada núcleo deve se aproximar de grupos artísticos de sua cidade ou região e estabelecer um contato para ação conjunta visando trazer o usuário para dentro do Movimento.
- 8 - Aumentar o contato com outros movimentos populares.
- 9 - Divulgar o Movimento, especificamente aos formadores de opinião (jornalistas), tentando maior rapidez e abrangência no ato de informar a população.
- 10 - O Movimento deve ser mais ousado a respeito da divulgação do que pensa e faz. Deve "bombardear" a mídia com informações a seu respeito, para fazer-se conhecer.
- 11 - Inclusão da discussão saúde mental/exclusão à cidadania/direitos dos cidadãos/respeito ao diferente, nos fóruns e sindicatos relacionados à educação.
- 12 - As ações culturais produzidas com usuários devem sair do âmbito restrito das equipes/instituições, numa direção "para fora" das mesmas. Devemos buscar parcerias com associações de bairro, igreja, etc, para produção conjunta de eventos culturais públicos.
- 13 - Que as famílias com condições financeiras e com disponibilidade afetiva adotem portadores de sofrimento mental.
- 14 - Realizar mais debates entre usuários.
- 15 - Promover fóruns para apresentação de trabalhos científicos e sobre experiências práticas em saúde mental.
- 16 - Realizar revisão epistemológica e teórica sobre a concepção do homem e a "doença mental", no espaço universitário.
- 17 - Apoiar a lei dos direitos autorais e a lei de democratização dos meios de comunicação.
- 18 - Incentivar a criação de centros de convivência em espaços públicos vocacionados a viabilizar o convívio com os diferentes, a partir da tarefa artística, musical, etc. Que estes espaços não se caracterizem como equipamento específico de tratamento, mais sim de acolhimento aberto a qualquer cidadão interessado.

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

- 19 - Enviar fax e buscar espaço em programas televisivos tais como: Jô Soares, Marília Gabriela, etc.
- 20 - Recomendar aos Conselhos de Saúde, em todas as suas instâncias, o zelo no sentido de que os cursos de graduação na área de saúde contextualizem os seus currículos às realidades regionais, respondendo as necessidades concretas da população e às exigências do SUS. Esta discussão deve ampliar-se também ao nível do 1º e 2º graus de ensino, através da articulação com entidades da educação.
- 21 - Deve-se procurar incluir o portador do sofrimento mental no sistema educacional formal, oferecendo-lhe, quando necessário, tratamento diferenciado.
- 22 - Aproximação do Movimento com as entidades representativas em educação para pensar os atravessamentos entre a luta antimanicomial e a formação; elaborar projetos, propostas de lei, etc, avançando nas especificidades da luta antimanicomial e sua interface com a educação.
- 23 - A mudança da cultura é uma luta política. Devemos apoiar programas de governo para municípios que proponham transformações.

2 - EXCLUSÃO NO TRABALHO

Considerou-se o momento histórico do capitalismo avançado (projeto neoliberal) com características evidentes de exclusão do mercado de trabalho. Neste sentido amplia-se a questão das especificidades da luta antimanicomial para questões gerais de cidadania, o que implica numa articulação com todos os movimentos sociais organizados. Explicita-se assim uma posição político-ideológica clara do movimento, e seu enfrentamento ao projeto neoliberal.

Propostas

- 01 - Criação de um núcleo dentro do Movimento para aprofundar o entendimento de temas como: o trabalho na sociedade, formação de cooperativas, as leis trabalhistas, capacitação para o trabalho.
 - 02 - Viabilizar formas de utilização do Fundo de Amparo ao Trabalhador e fundos participativos de empresas privadas que tenham afinidade com o Movimento.
 - 03 - Aprofundar a questão da cooperativa social - projeto de lei do deputado Paulo Delgado.
 - 04 - Criar estruturas de trabalho (associação e cooperativa) que respeitem as singularidades, viabilizando a inserção no mercado de trabalho sem criar guetos de usuários e que a produção seja de qualidade. Cuidados para não se reproduzir o caráter excludente que é próprio da produção atual.
 - 05 - Propostas para a Comissão de Reforma Previdenciária:
 - * Revisão da legislação sobre aposentadoria por invalidez.
 - * Não constar na carteira de trabalho o afastamento para tratamento psiquiátrico bem como o motivo da aposentadoria.
 - * Revisão das leis trabalhistas nos pontos referentes ao portador de sofrimento mental.
 - 06 - Equidade dos direitos trabalhistas.
 - 07 - Que as leis em prol da garantia da não discriminação dos usuários não caminhem no sentido de reservar no mercado de trabalho lugares destinados exclusivamente ao portador de sofrimento mental.
-

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

- 08 - Criar no mercado formal de trabalho condições de possibilidade para a participação do portador de sofrimento mental.
- 09 - O Movimento deve procurar formalizar uma aproximação com a OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), no sentido de conseguir um apoio mais claro desta entidade e sua parceria, nas questões da luta antimanicomial.
- 10 - Repúdio à política neoliberal do governo federal que cada vez mais aumenta o número de excluídos.
- 11 - Capacitar os usuários, dentro de sua limitação, quando as tiverem, para se inserirem no mercado de trabalho.
- 12 - A sociedade tem uma dívida com usuários e estes devem ser indenizados. Esta indenização deve ser concebida nos moldes daquela recebida (ou a receber) pelos familiares dos desaparecidos do país; trata-se da União reconhecer os erros cometidos no manejo do tratamento das pessoas portadoras de sofrimento psíquico, inclusive possíveis indenizações por erros médicos.
- 13 - Levar educação e capacitação para o trabalho ao usuário para além dos NAP's e CAP's.
- 14 - Investir no mercado de trabalho, nos setores de economia popular, para inserir o **usuário** num trabalho que não seja gerador de mais sofrimento.

3- EXCLUSÃO NA ASSISTÊNCIA

É o objetivo da assistência propiciar a autonomia? Quais são os limites da assistência quanto à questão da autonomia?

O grupo analisa três vertentes:

(1) A vertente do abandono - a autonomia não é absoluta para os seres humanos; num momento de crise isso tem que ser levado em consideração, pois negar isso é excluir.

(2) A vertente da tutela - repensar a relação com o usuário para não correr o risco de reproduzir o antigo sistema. Até que ponto a relação com o profissional de saúde favorece a tutela, restringindo o processo de autonomia do usuário?

(3) A vertente da ética - garantir voz e escuta aos usuários, familiares e comunidade.

A nova organização deve ser (re)pensada em conjunto com a clientela. Esta reflexão gera concretude e contornos nesse novo modelo.

Destacamos o princípio da equidade para resgatar o respeito às diferenças.

Até que ponto os técnicos estão realmente disponíveis para serem questionados? A desinstitucionalização se dá a partir da concepção do sujeito? Este processo é amplo; envolve principalmente o desinstitucionalizar dos técnicos que os leva a ir ao encontro das necessidades do ser humano dentro de uma nova assistência

Entendendo a assistência de uma forma mais ampla, observar nos diferentes espaços as formas de exclusão, compreendidas na impossibilidade de trocas sociais, no partilhar na sociedade, no acesso aos direitos sociais. A exclusão na assistência envolve outros campos como a educação, família, trabalho, cultura e direito.

Historicamente as instituições vêm buscando sua ordenação visando a linearidade do comportamento. Num novo modelo de assistência, as instituições não deveriam ser excludentes, tendo como um dos nortes de reflexão: com que ordem social estão se comprometendo? Como construir uma ordem que comporta a diferença e o inesperado? Qual é o limite entre assistir e excluir?

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

15 O manicômio é resultante de múltiplas e complexas relações no âmbito da sociedade, institucionalizado por saberes e práticas historicamente construídos, entre os quais os desenvolvidos na família.

16 Numa crítica ao modelo antigo, o serviço atuava como oficina de reparação, onde o que não dá para ser reparado fica no manicômio. No processo de criar novas formas de trabalho, a assistência está interligada à produção concreta de possibilidade de vida para todos. Não basta uma maquiagem. É preciso bancar um processo de invenção não apenas reproduzindo modelos mas construindo a partir de um contexto histórico.

17 O saber, enquanto poder, acentua o processo de exclusão na assistência? O saber deve ser construído numa relação de parceria, não hierarquizada, onde cada qual traz elementos do seu conhecimento particular. O envolvimento de movimentos sociais e da comunidade local e acadêmica, viabiliza a construção de outros saberes. Não se nega os diversos saberes, porém isso não implica em sua utilização como instrumento de poder.

18 As praticas antimanicomiais estão produzindo um saber teórico, pois são práticas que levam em consideração a história e a cultura na produção de metodologias que incluem a subjetividade, diferentemente da ciencia tradicional.

19 Qual a forma de intervenção do Movimento em estabelecimentos norteados pelo novo modelo de assistência, porém com práticas sutilmente influenciadas pela cultura manicomial?

20 Ainda temos serviços que são apêndices do manicômio; é necessário tomar uma posição quanto a isso. O hospital psiquiátrico deve ser descartado como um recurso assistencial. O hospital psiquiátrico exclui a subjetividade das práticas em relação ao sofredor psíquico, desqualificando-o enquanto cidadão. Devemos enfrentar essa questão de maneira mais contundente, exigindo do Estado investimento nos serviços substitutivos.

21 A intersetorialidade é importante para que a assistência seja reformulada em todas as áreas, articulando-se com outros movimentos da sociedade. Que tal relação seja trabalhada no sentido da superação do modelo manicomial, vindo também a ocupar espaços políticos de poder e decisão.

22 Há necessidade de se trabalhar com o conceito de serviços substitutivos e não alternativos, para provocar assim uma mudança: caminhar na direção da desinstitucionalização e não da humanização da assistência.

23 Devemos lutar pela inserção da saúde mental na rede de saúde em geral, através da articulação com outros movimentos populares, no sentido de garantir a cidadania e não a exclusão.

24 Houve polêmica na questão de garantir, dentro do espaço de supervisão institucional, a participação dos usuários.

25 Houve polêmica em relação à assistência prestada dentro dos manicômios no sentido de poder ou não ser antimanicomial onde alguns defendem a assistência substitutiva como sendo a única forma antimanicomial.

26 Houve polêmica quanto à implantação de enfermarias psiquiátricas em hospital geral, pois estas poderiam produzir a lógica manicomial.

27 Houve polêmica sobre a prestação de assistência de forma substitutiva por "instituições privadas", sustentando-se que o Ministério da Saúde teria que priorizar a oferta pública desses serviços.

Relatório do II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial

Houve polêmica sobre a extinção dos estágios em hospitais psiquiátricos. Pensar em assistência torna necessário o controle social numa linha de construção dos serviços substitutivos ao manicômio, que sejam comprometidos com as metodologias antimanicomiais.

O controle social exercido pelos conselhos gestores, vem evitar a fragilidade dos serviços em relação às mudanças político-administrativas.

Propostas

- 1 - Excluir o hospital psiquiátrico como um recurso assistencial, enfrentando isso de maneira mais contundente, exigindo do Estado o investimento nos serviços substitutivos.
- 2 - O movimento apoia e acata a municipalização dos serviços de saúde, tendo em vista uma assistência não excludente da maioria da população; e, através dos Conselhos Municipais, propor a criação ou descredenciamento de serviços de assistência para os portadores de sofrimento psíquico.
- 3 - É de responsabilidade dos profissionais de saúde mental a constante crítica às suas próprias práticas, pois a ideologia manicomial da exclusão se reproduz através destes profissionais e dos próprios serviços. É necessário que os técnicos respeitem as diferenças teóricas, pois precisamos atender o cidadão em sofrimento e não a um referencial teórico. É preciso respeitar e incluir a diversidade.
- 4 - As instituições devem criar mecanismos para a constante reflexão sobre os resquícios do manicômio na prática cotidiana, bem como nas relações do saber.
- 5 - Que o movimento reflita e proponha para os núcleos temas de pesquisas multicêntricas.
- 6 - Que a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica exerça efetivamente o papel para o qual foi eleita.
- 7 - Defender e avançar a implantação do SUS levando em conta a não exclusão na assistência e viabilizando a sua reformulação.
- 8 - Garantir a destinação dos recursos definidos nas Conferências Nacionais de Saúde, a saber: 10% para a saúde no âmbito estadual. E que se defina daí um percentual para investimento nos serviços substitutivos em saúde mental.
- 9 - Que se agilize a implantação dos conselhos gestores.
- 10 - Que se criem mecanismos ágeis para informar aos profissionais da área de saúde mental, aos usuários, familiares e sociedade em geral, sobre o PAD e suas implicações.
- 11 - Que sejam elaboradas e divulgadas cartilhas informativas para técnicos, usuários, comunidade e familiares quanto aos serviços substitutivos.
- 12 - Exigir do Ministério da Saúde uma Política de Saúde Mental antimanicomial, garantindo atendimento sem exclusões sociais nos serviços substitutivos, com a imediata extinção dos manicômios.
- 13 - Exigir do Ministério da Saúde investimento para a construção de serviços antimanicomiais e garantia de alocação de recursos dentro do orçamento do MS para financiamento destes novos serviços.
- 14 - É necessário uma atuação enérgica do movimento junto às comissões fiscalizadoras das secretarias de saúde, em relação aos manicômios, quanto às vistorias feitas em função das portarias que regulamentam a assistência à saúde mental.

-
- 15 - É urgente a intervenção na formação dos profissionais que atuam na área de saúde mental, atualmente baseada numa visão individualista e elitista, tendo em vista mudanças curriculares e práticas que correspondam as mudanças no modelo assistencial.
 - 16 - Substituir o termo "internação" pela utilização do conceito de atenção psíquica intensiva, que pressupõe não necessariamente a hospitalização, mas o atendimento nos momentos de crise, sem a tradicional violência.
 - 17 - É necessário que o movimento articule-se politicamente para participar das instâncias de discussão da implantação do PAD.
 - 18 - Realização de campanhas do movimento visando imprimir sua marca através dos meios de comunicação e divulgando práticas antimanicomiais.
 - 19 - Mandar o relatório final para Universidades e outras instituições.
 - 20 - Que a palavra de ordem na assistência seja o ousar e reinventar o atendimento mudando os conceitos e a tradicional linguagem médica.
 - 21 - Desmistificar o discurso da falta de recursos.
 - 22 - Que a alta seja avaliada por uma equipe de saúde mental e não apenas por ordem médica.

4 - EXCLUSÃO NO DIREITO

O direito não se resume na figura da lei. A lei é um instrumento político, elaborado para atender o interesse de determinados grupos.

A lei é interpretada como uma relação de poder da classe hegemônica, podendo formalizar qualquer tipo de injustiça.

Para modificar a lei são necessários movimentos organizados.

Questão do louco infrator: a lei cai no código civil e código penal. É possível pensarmos em modificar essas leis?

Um ato de violência seria um gesto de desrazão? Como poderíamos lidar com isto quando somos cobrados por profissionais da área jurídica em relação à cura daquele que cometeu um delito e não foi preso, e sim encaminhado ao serviço de saúde mental? O que fazer? Como tratar?

O Código Penal aparenta ter o objetivo de proteger o louco infrator, substituindo a penalidade pela medida de segurança. A Justiça acredita que o portador de sofrimento mental está sendo tratado no manicômio. Todavia, a medida de segurança acaba por mostrar-se pior do que a pena: o tempo de sua duração é indeterminado, podendo causar a reclusão por uma vida inteira. Trata-se, pois, de uma exclusão radical, segundo as leis produzidas por uma cultura manicomial.

A comunidade jurídica é autoritária. Temos que estar avaliando, contornando sua posição.

Quando a ordem jurídica trata dos acidentes de trabalho, admite-se que o risco social advindo da vida em comunidade é um ônus do Estado. Entendemos que ninguém está isento de sofrer um acidente psíquico. Entretanto, o Estado não assume tais vicissitudes como uma responsabilidade sua.

A sociedade ainda tem a pressuposição de que a periculosidade é particularmente relacionada à "doença mental". Todavia, vale lembrar que a incidência de infrações à lei é muito maior entre a população dos ditos "normais" do que entre os portadores de sofrimento mental.

Questiona-se, ainda, a manutenção da expressão "loucos de todo gênero" no Código Civil e na legislação de 1934.

Propostas

- 01 - Lutar pela revogação de toda legalização de caráter manicomial.
- 02 - Que nos próximos encontros, os estados tragam diagnósticos da situação de seus manicômios judiciários, instrumentalizando-se para fazer as reivindicações necessárias. Propõe-se vistorias periódicas nestas instituições.
- 03 - Encaminhar denúncias dos estados cujas leis antimanicomiais, tendo sido aprovadas, não estejam sendo cumpridas.
- 04 - Que as instancias de fiscalização dos estados, tipo GAHP, sejam constituídas democraticamente, nos princípios do movimento da luta antimanicomial.
- 05 - Trabalhar para a conscientização de que a pessoa portadora de transtorno mental é capaz de ser independente. Intervir na cultura, na mídia, na sociedade, derrubando os preconceitos e desmistificando a loucura.
- 06 - Que o movimento aponte para a justiça parâmetros e critérios nos processos de interdição e curatela, subsidiando os usuários nestes casos.
- 07 - Que as associações de usuários forneçam subsídios para que os usuários tenham informação sobre os seus direitos.
- 08 - Rever a questão do diagnóstico para que se possa repensar o termo "periculosidade latente". Questionar os dois saberes: psiquiátrico e jurídico.
- 09 - O movimento deve fazer uma interlocução com instituições policiais, judiciárias, envolvendo a sociedade civil em geral na discussão do trato com o portador de transtorno mental.
- 10 - Em casos de infração cometida por portador de sofrimento mental, que os laudos requisitados pela justiça à saúde mental, sejam fornecidos por equipe multidisciplinar.
- 11 - Derrubar a internação sistemática por alcoolismo em hospitais psiquiátricos.
- 12 - Criar uma central de informações para usuários e familiares (tipo cartilha), para veicular informações sobre o PAD, etc.
- 13 - Promover Seminário Nacional sobre a Exclusão no Direito, com participação da comunidade
- 14 - Criar mecanismos de divulgação, informação e assessoria jurídica nas estruturas dos vários núcleos dos estados.

Conselho Regional de Psicologia - 6ª Região
Rua Borges Lagoa, 74, Vila Mariana
São Paulo SP Cep 04038 000
tel (011) 574.7133 fax (011) 575.0857
E-mail crpsp@psicnet.com.br