

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE**

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

25 a 28 de junho de 1987

RELATÓRIO FINAL



**Brasília
Centro de Documentação do Ministério da Saúde
1988**

© 1988. Ministério da Saúde
Série D: Reuniões e conferências, 5

Centro de Documentação do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco "G" – Térreo
70058 Brasília / DF
Telefones: (061) 226-8286 e 226-8275
Telex: (061) 1752 e 1251

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Capa: Carlos – 1949, Museu de Imagens do Inconsciente
Centro Psiquiátrico Pedro II – Rio de Janeiro

Promoção:

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

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

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

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

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

I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final

Sumário

Apresentação.....	9
Tema I	
• Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental.....	11
Tema II	
• Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental.....	15
A – Princípios gerais.....	15
B – Princípios básicos.....	16
C – Reformulação do modelo assistencial em saúde mental e conseqüente reorganização dos serviços.....	17
D – Política de recursos humanos.....	20
Tema III	
• Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.....	21
A – Recomendações à Constituinte.....	21
B – Reformulação da legislação ordinária.....	22
Anexo	
• Proposta de política de saúde mental da Nova República.....	31

Apresentação

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

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

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

Evaldo Gomes Leite Vieira
Presidente da Conferência

TEMA I

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TEMA II

REFORMA SANITÁRIA E REORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

A – Princípios gerais

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

B – Princípios básicos

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

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

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

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

- 1.5. Garantia de transparência da organização, administração e utilização de recursos humanos, materiais e financeiros, assim como pesquisas e produção científica dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços de saúde, de forma a permitir a conseqüente avaliação e fiscalização por parte dos usuários.
 - 1.6. Garantia de fiscalização nas atividades de ensino e pesquisa em saúde mental, realizados junto à clientela, no tocante ao consentimento do cliente para sua realização.
 - 1.7. Garantia de distribuição em qualidade e quantidades suficientes, bem como supervisão e controle de substâncias psicotrópicas nos serviços públicos, assim como o controle da prescrição em todos os serviços privados.
2. Com referência ao modelo assistencial:
- 2.1. Reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização.
 - 2.2. A partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica.
 - 2.2.1. Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais.
 - 2.3. Em regiões onde houver necessidade de novos leitos psiquiátricos, estes deverão estar necessariamente localizados em hospitais gerais, desde que obedecidas as seguintes observações:
 - a) que não haja prejuízo do programa de reformulação do espaço dos hospitais psiquiátricos dentro de um programa integrado de assistência;
 - b) que se estabeleça uma estratégia de implantação de serviços de saúde mental nos serviços gerais de saúde, de modo que não haja a reprodução de uma prática segregacionista, cronificadora, peculiar dos serviços específicos;
 - c) que se lute pela ruptura com a prática da internação hospitalar, seja em hospitais psiquiátricos ou hospitais gerais.

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

D – Política de recursos humanos

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

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

TEMA III

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

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

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

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

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

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

A – Recomendações à Constituinte

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

DA SAÚDE

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

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

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

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

- 1.1. Ainda com relação ao processo constituinte, reforçamos o "projeto de iniciativa popular", que assegurará a possibilidade de técnicos e usuários, através de suas entidades representativas e mediante ampla mobilização popular, apresentarem, em futuro próximo, projeto de lei modificando os dispositivos jurídicos ora em vigor.
- 1.2. Que se inclua no Título II dos Direitos e Liberdades Fundamentais, capítulo dos Direitos Individuais, no artigo 6º, menção à saúde: Onde se lê: "... a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida", leia-se "... a inviolabilidade dos direitos concernentes à vida e à *saúde*". Tal proposição é coerente com o artigo 261 que consagra a *saúde* como um direito, tido por todos como fundamental. Como o projeto de Constituição (§ 5º, do artigo 6º) pune como crime inafiançável qualquer discriminação atentatória aos direitos e liberdades fundamentais, tal menção à saúde mais se justifica.
- 1.3. Que se inclua no texto constitucional:
Art. – Por motivo de doença ou deficiência não serão toleradas quaisquer medidas ou preceitos discriminatórios, segregacionistas ou punitivos, excetuados os casos em que condutas ou estados patológicos possam acarretar riscos à incolumidade física das pessoas, ou danos ao patrimônio, ou resultarem de atos delituosos.
- 1.4. Quando da revisão da legislação ordinária consubstanciada no Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, devem ser incorporadas as conquistas de direitos dos indivíduos e os atuais avanços de organização e de técnicas no setor. Também deverão merecer cuidados a revisão dos textos específicos no âmbito do Direito Civil, Sanitário, Trabalhista, Previdenciário, Penal e no campo da Deontologia.

B – Reformulação da legislação ordinária

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

1 – Com relação à legislação civil

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

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

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

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

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

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

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

3. Com relação à legislação sanitária e psiquiátrica

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

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

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

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

CONSIDERANDO:

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

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

PROPOMOS:

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

5. Com relação à legislação trabalhista

CONSIDERANDO:

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

PROPOMOS:

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

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

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE
DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA NOVA REPÚBLICA*

*** JULHO/1985**

PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA NOVA REPÚBLICA

1. INTRODUÇÃO

Estamos transitando na construção de uma nova ordem constitucional. O povo brasileiro está conseguindo, através de uma árdua luta, colocar um ponto final em um longo período de sua História, marcado pelo desrespeito à legalidade, pela opressão da vontade popular, pelo empobrecimento de grande parte da população e pela subjugação dos interesses nacionais ao sistema financeiro capitaneado pelos bancos internacionais. Gritantes distorções na estrutura socioeconômica fazem-se necessitadas de correção. Nos objetivos de correção socioeconômica e de reconstrução nacional, empenha-se a sociedade brasileira como um todo e o governo de transição para o Estado de Direito. A Nova República nasce com este desígnio histórico.

Para a elaboração e implementação de uma nova política nacional de saúde mental, são chamados os coordenadores de saúde mental de cada estado, a direção do INAMPS, as lideranças estaduais e nacionais dos trabalhadores em saúde mental, os dirigentes de instituições federais que pensam e aplicam as ações em saúde mental e os líderes sociais que, reunidos no VII Encontro Nacional de Psiquiatria Preventiva e Social, participam de um franco debate tomando por referência esta proposta de política de saúde mental, formulada pela atual direção da DINSAM/MS.

2. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Há uma evidente correlação entre as condições gerais de vida e as formas de existência de doenças mentais em diferentes populações, sobretudo no que diz respeito a algumas dessas enfermidades.

As neuroses em geral, as chamadas doenças psicossomáticas, as psicoses secundárias a afecções somáticas (incluindo formas de epilepsias sintomáticas), as toxicodependências (incluindo alcoolismo e tabagismo) e as oligofrenias mesogênicas são formas de doenças que variam notavelmente conforme a estrutura social vigente.

Outras formas de doença – como as esquizofrênicas e a psicose maniaco-depressiva, por exemplo – têm variações menos evidentes, o que indica o menor poder mesogênico em seu aparecimento.

Somos um país de dimensões continentais, com 135.000.000 de habitantes (1985) e a seguinte distribuição etária: 13 por cento com menos de 4 anos de idade;

mais da metade, ou seja, 56,7 por cento da população com menos de 25 anos; 36,7 por cento entre 25 a 60 anos e 6,6 por cento da população com mais de 60 anos.

Esta população reside em regiões com diferentes caracteres geoeconômicos e, com freqüência, migra entre tais regiões, da zona rural para a urbana, em busca de melhores condições de trabalho e de vida. Em 1980, o Nordeste perdeu 16,1 por cento de sua população no saldo do movimento migratório. O Sudeste e o Centro-Oeste acumularam, respectivamente, 18 e 35 por cento de imigrantes sobre suas populações residentes. A população urbana equiparou-se à rural há cerca de 20 anos e, hoje, acumula 67,6 por cento do total da população brasileira.

A estrutura socioeconômica da sociedade brasileira caracteriza-se, além disso, por distorções que podem ser ilustradas, como no discurso de julho/1985, proferido pelo Presidente da República: "A metade mais pobre da população que em 60 detinha 4 por cento da renda nacional tem hoje menos de 3 por cento. Os 10 por cento mais ricos que possuíam 39 por cento da riqueza nacional passaram a comandar 51 por cento. Os pobres mais pobres, os ricos mais ricos" "No campo, 1 por cento das propriedades representa hoje 45 por cento da área rural. O desemprego aberto é da ordem de 13 milhões de pessoas".

O número de analfabetos atingia, em 1983, 30 milhões de pessoas. A esperança de vida ao nascer, em 1970, por regiões (dados do IBGE), apresentava-se da seguinte forma:

Regiões	Esperança de vida ao nascer (anos)
Norte	54,98
Nordeste	44,73
Sudeste	57,20
Sul	60,65
Centro-Oeste	57,63

A estimativa da esperança de vida ao nascer, segundo grupos de rendimento familiar, era, em 1976:

Grupo de rendimento mensal	Esperança de vida ao nascer (anos)
até 1 salário-mínimo	54,8
de 1 a 2 salários-mínimos	59,5
de 2 a 5 salários-mínimos	64,0
mais de 5 salários-mínimos	69,6
todos os grupos	60,5

As distorções socioeconômicas, como se vê, têm conseqüências evidentes na saúde da população brasileira.

Outras dessas conseqüências podem ser avaliadas pelas altas incidências de doenças transmissíveis características dos países pobres, somadas às crescentes prevalências de doenças crônicas e degenerativas, mais características das sociedades ricas. Segundo o Conselho Nacional de Secretaria de Saúde (CONASS), em julho/84, estimava-se a incidência da malária em 160.000 casos por ano. Havia no país cerca de 7 milhões de chagásicos, 6 milhões de pessoas com esquistossomose, 200.000 com tuberculose pulmonar e 500.000 com hanseníase. As doenças diarréicas eram responsáveis por 40 por cento dos óbitos infantis, enquanto as doenças cardiovasculares, os tumores e os acidentes vasculocerebrais causavam 60 por cento do total de óbitos nas regiões Sudeste e Sul.

3. A SAÚDE MENTAL COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No que concerne à saúde mental, a situação é complexa. Se, por um lado, a estimativa de que 10 por cento ou mais da população brasileira sofre de algum tipo de doença mental não é totalmente aceita, por outro não existe dúvida de que a persistente deterioração das condições de vida da maior parte da população é um poderoso fator agravante ou desencadeante de doenças mentais. Além do mais, o grande sofrimento e a marginalização que estas doenças provocam, o fato de limitarem ou abolirem a capacidade produtiva das pessoas economicamente ativas, o defasamento entre os gastos efetuados e os resultados alcançados obrigam a que a saúde mental, apesar de não estar sendo ainda considerada uma questão prioritária em saúde pública, deva ser encarada com atenção especial.

Em relação às demais clínicas, as doenças mentais figuram entre as principais determinantes de internações. Se a proporção de internação por doença mental aparenta ser pequena (3,5 por cento das internações na clientela urbana do INAMPS, no ano de 1983), é de 19 por cento a taxa de ocupação dos leitos psiquiátricos sobre o total de leitos gerais instalados. Há grande média de permanência (54,3 dias) para as doenças mentais, além da concentração dos leitos na região Sudeste, explicando a ocupação permanente dos leitos disponíveis, o deficit de leitos para as regiões mais pobres e a existência do "leito-chão".

Analisando-se os benefícios temporários (o auxílio-doença concedido pelo INPS), verifica-se que as neuroses ocupam o segundo lugar entre as doenças que acarretaram o afastamento temporário do trabalho dos beneficiários do INPS, em 1983.

CAUSAS DA INCIDÊNCIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ORDEM DE FREQUÊNCIA, POR MIL BENEFÍCIOS CONCEDIDOS, 1983 – INPS, BRASIL

Causas incapacitantes	Nº	%
Pós-operatório	208 167	27,88
Transtornos neuróticos	52 258	7,00
Hipertensão essencial	37 556	5,03
Tuberculose pulmonar	14 580	1,95
Osteoartrose	20 570	2,76
Outras	413 425	55,38
Total de benefícios	746 556	100,00

Apesar de não dispormos de dados objetivos sobre a prevalência e a incidência de doenças mentais na população brasileira como um todo, podemos ter uma idéia do quadro através dos estudos realizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a América Latina. Em 1973, no Plano Decenal de Saúde para as Américas, calculava-se, na região, a prevalência de psicoses entre 1,5 a 5 por cento; as neuroses que exigem tratamento médico entre 5 e 20 por cento; o alcoolismo superior a 5 por cento; o consumo de substâncias causadoras de dependência entre os estudantes secundários em 5 por cento; o retardo mental e a epilepsia além de 1 por cento. Previa-se um aumento relativo desses transtornos devido a uma pressuposta diminuição das taxas de mortalidade e morbidade por enfermidades ligadas ao meio, à crescente urbanização desorganizada da população, à automatização das fábricas e à desvinculação entre o trabalhador e o produto de seu trabalho. Dez anos depois verificamos que a situação, de fato, deteriorou-se, de acordo com o documento *"El Programa de Salud Mental de la OPS"*, do Dr. R. Gonzalez.

Alguns estudos sobre a previdência de doenças mentais em grupos populacionais brasileiros, citados por Morgado e Coutinho – "Dados de Epidemiologia Descritiva de Transtornos Mentais em Grupos Populacionais do Brasil" (não publicado) – mostram taxas de prevalência em torno de 20 por cento, quando os estudos seguem critérios homogêneos e metodologias adequadas.

Esses estudos referem-se às populações pobres e marginalizadas, chegando, inclusive, a encontrar taxas bem mais elevadas do que aquela média.

Mesmo com dados imprecisos, há outras indicações de que o contingente populacional atingido por doenças mentais é enorme, principalmente nas faixas marginais da população.

4. SITUAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Nos últimos anos aumentou significativamente a demanda da população por serviços psiquiátricos. O número de internações cresceu, durante a década de 70, em 293 por cento, e as consultas em 400 por cento, para a população urbana previdenciária. Em 1983 houve um decréscimo de 5 por cento nas internações em relação a 1980, e as consultas cresceram 12 por cento no mesmo período.

A rede de atenção à saúde mental se caracteriza, ainda, por um modelo asilar e cronicador, com uma taxa média de permanência de 54,3 dias para a população previdenciária (INAMPS, em *Dados*, 1983), enquanto o Conselho Nacional de Administração da Previdência Social (CONAPS) preconiza um período de 36,5 dias.

O referido modelo choca-se com as modernas aquisições preventivas e terapêuticas, e tem como pedras basilares o privilegiamento do setor privado e a marginalização da saúde mental em relação à saúde geral.

De acordo com o *Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – Brasil 1983*, publicado pelo Centro de Documentação do Ministério da Saúde, dos leitos psiquiátricos do país, que representavam 19 por cento dos 446.350 existentes, 75 por cento pertenciam ao setor privado. Estima-se que em 1981, 96 por cento dos recursos gastos pelo INAMPS, em serviços de terceiros na área de psiquiatria, foram utilizados para a assistência hospitalar e somente 4 por cento para a assistência ambulatorial (Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, MPAS – 1983).

A marginalização da saúde mental pode ser avaliada pelo fato de, segundo o cadastro acima referido, apenas 7,7 por cento das 13.600 unidades de saúde do país terem desenvolvido algum tipo de ação em saúde mental no ano de 1983.

A situação da saúde mental deve ser entendida no quadro das políticas de saúde que não têm sido concebidas de modo a equacionar e resolver os grandes problemas de saúde da população.

Essas políticas têm se orientado no sentido da dicotomia entre saúde individual e saúde coletiva, e da priorização da atenção hospitalar. Em 1983, segundo o CONASS, os hospitais absorveram 84 por cento dos recursos públicos alocados na saúde, a rede básica 3 por cento e as doenças transmissíveis apenas 2 por cento.

A opção pelo reforço da rede privada dos serviços de atenção à saúde mental é um aspecto de uma política mais geral que se consolidou com a unificação dos Institutos da Previdência em 1967, e se tornou hegemônica na década de 1970, enquanto o Ministério da Saúde sofria progressivo esvaziamento. Em 1983 (*Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – Brasil 1983*), 75 por cento dos leitos hospitalares em geral pertenciam à rede privada. Simultaneamente, assistia-se a uma redução dos gastos públicos reais no setor de saúde. A diminuição foi da ordem de 25 por cento entre 1980 e 1983 (CONASS).

A secundarização da atenção extra-hospitalar e da rede básica de saúde, a atomização e a desorganização das ações em saúde, a centralização arbitrária e burocrática das decisões políticas, levaram, no quadro da opção privatizante, ao fortalecimento econômico e político das empresas privadas de saúde.

Nesse contexto, assistiu-se ao progressivo aviltamento das condições de trabalho e de remuneração dos profissionais de saúde e, sobretudo, à deterioração dos serviços de atenção à saúde postos à disposição da esmagadora maioria da população brasileira.

5. DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE AÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Pouco tem-se discutido no Brasil sobre o campo de ação em saúde mental. O escasso discernimento sobre esta questão tem implicações práticas importantes. As instituições públicas de previdência social, as únicas que cobrem em seguros o

custeio da atenção à saúde mental, não sabem qual é a clientela a ser atendida. Como resultado, suas programações são prejudicadas com a falta deste dado essencial. As companhias privadas de previdência não oferecem seguro contra doença mental. Sob a rubrica de assistência e benefício psiquiátrico, a previdência social exerce uma forma obscura de seguro-desemprego e faz camuflagem e apaziguamento do sofrimento social.

Se, por um lado, no estudo das correlações entre condições gerais de vida e saúde mental, somos levados a concordar que as melhores medidas de higiene mental seriam "casa, comida, trabalho, educação, lazer, liberdade e amor à nossa população", por outro lado reconhecemos que a obtenção destas condições é tarefa da sociedade brasileira organizada. Cabe-nos, como profissionais em saúde mental, uma função bem mais modesta, porém importante e com uma dupla dimensão.

Definimos esta dupla dimensão de ação no campo da saúde mental da seguinte forma:

a) À totalidade da população

- Compete-nos a comunicação de conhecimento sobre quais e como os fatores ambientais, sociais, familiares, individuais e genéticos podem atuar no sentido do favorecimento à saúde mental ou, inversamente, ao adoecimento mental. O risco de sermos mentores de normas de vida diminui na medida em que a socialização destes conhecimentos é feita de forma democrática, participativa e dialética, em que se pode ensinar e aprender com o povo. Há, sem dúvida, conhecimentos a serem debatidos com a população, como por exemplo os efeitos psíquicos das intoxicações pela poluição industrial e pela agroindústria, pela auto-intoxicação por álcool, tabaco, medicamentos e outros tóxicos, pela falta de aporte protéico e vitamínico nos primeiros tempos de vida, pela fome crônica, pelo *stress* crônico do trabalho penoso e alienante, pela poluição sonora etc. Há muito o que debater sobre as demências conseqüentes a intoxicações por sais metálicos, por doenças degenerativas e infecciosas evitáveis, por conseqüência de acidentes de trabalho ou não. Há esclarecimentos a serem feitos sobre o efeito lesivo ao psiquismo da separação precoce entre mãe-filho, das creches não referenciais, da renúncia ao aleitamento materno, do hospitalismo de crianças e de adultos.

O campo de ação nesta dimensão estende-se a 100 por cento da população. Nesta área, a ação em saúde mental é essencialmente pedagógica em seus objetivos.

b) Ao campo restrito à faixa da população doente ou com alto risco de adoecimento

- Compete-nos dimensionar a constatação da existência real das doenças mentais, na necessidade de precisar seus critérios de definição, no entendimento dos mecanismos de sua produção e de sua reversão e na avaliação de graus de risco a que faixas da população estão expostas.

Esta dimensão da ação em saúde mental tem como finalidade curar ou prevenir doenças. Ela se define, por seus objetivos, como essencialmente médica. Im-

plica em discriminar o que é sofrimento em geral do que é sofrimento por decorrência de condições anti-higiênicas de vida, que podem resultar em doenças ou já são conseqüência de enfermidades. Esta separação importa numa delimitação do campo populacional a ser objeto desta ação em saúde mental.

6. OBJETIVOS DE AÇÃO EM SAÚDE MENTAL

1 – UNIVERSALIZAÇÃO E EQÜIDADE

Consideramos que a saúde mental, enquanto aspecto de saúde de modo geral, é um direito inalienável de todo cidadão e sua garantia um dever da sociedade e do Estado, a traduzir-se pela universalização e eqüidade do acesso aos serviços de assistência aos doentes mentais.

2 – ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

Devemos promover os instrumentos de articulação interinstitucional e de integração programática e operacional das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde mental, e das atividades de alcance individual e coletivo, como forma de aumentar a efetividade e eficiência dos serviços.

3 – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE

Promover a compatibilização de normas e rotinas administrativas de modo a agilizar a integração das ações de saúde, introduzindo maior racionalidade na organização institucional, acabando com a descoordenação, o paralelismo de ações e a forte centralização política e financeira.

4 – REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Propor, implantar e implementar a regionalização e hierarquização; possibilitando o funcionamento do sistema de referência e contra-referência.

5 – DESCENTRALIZAÇÃO

Favorecer as estruturas estaduais, municipais e comunitárias, promovendo conseqüentemente o retraimento da participação relativa das instituições federais na oferta de serviços em saúde mental de natureza local.

6 – PRIORIDADE DO SETOR PÚBLICO

Desativar, progressivamente, os contratos com as empresas privadas, que assumirão papel complementar dos serviços públicos, privilegiando-se os convênios com as universidades e outras instituições públicas, utilizando-se basicamente a rede pública.

7 – MODIFICAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Suplantar o modelo assistencial centrado na hospitalização psiquiátrica, valorizando o atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde, bem como as atividades de reintegração social do doente mental.

8 – DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Promover uma nova política de recursos humanos voltada para a formação técnico-profissional em saúde mental, composição de equipe multiprofissional e educação continuada, em vista das propostas de reorientação da saúde mental.

9 – SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO

Criar mecanismos de supervisão que permitam uma constante avaliação dessa política, de modo que as necessárias adequações sejam efetivadas em tempo hábil, além de promover a implantação de um sistema integrado de informações em nível nacional.

10 – EPIDEMIOLOGIA

Promover estudos epidemiológicos e atividades de pesquisa que visem a produção de conhecimento para o aperfeiçoamento do sistema de atenção à saúde mental.

11 – POLÍTICA TERAPÊUTICA

Reorientar as atividades terapêuticas de modo a adotar a psicoterapia e a socioterapia, em suas diversas formas, como os tratamentos preferenciais em saúde mental. Os outros meios terapêuticos não devem ultrapassar os limites de intervenção táctica.

7. ESTRATÉGIAS PARA A CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

1 – Fazer incorporar aos programas de ações gerais em saúde o Programa Nacional de Saúde Mental, articulando os subsistemas existentes através de ações integradas de saúde, utilizando os recursos públicos de forma racionalizada, planejada e integrada. Agir no sentido de unificar em um sistema de saúde os diversos subsistemas existentes, estendendo o alcance de sua ação a toda a população brasileira.

2 – Privilegiar a aplicação dos recursos financeiros e técnicos em instituições públicas.

3 – Priorizar os recursos financeiros, técnicos e humanos nas atividades extra-hospitalares existentes na rede pública, inclusive na rede básica de saúde (nos

postos de saúde municipais, estaduais e universitários). Desenvolver a prevenção secundária tendo em conta os altos índices de prevalência estimados.

4 – Promover a instalação de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais, como serviços de pronto-atendimento, internação de curta e curtíssima duração e ambulatório. Implantar serviços de interconsultas e psicologia médica nos hospitais gerais.

5 – Organizar programas de reabilitação de doentes crônicos ou cronificados com centros de reabilitação médico-sociais nos hospitais psiquiátricos. Criar programas de reabilitação para o trabalho com unidades de internação parcial (hospital/dia, hospital/noite). Instituir programas de ressocialização a partir de levantamento social e financeiro de famílias que possam acolher e zelar, sob supervisão, por doentes incapacitados (programas de lar substituto: redimensionamento da experiência pioneira de Ullisses Pernambucano).

6 – Agir no sentido de modernizar e transformar os hospitais psiquiátricos próprios do Ministério da Saúde em pólos de ações em saúde mental dentro do programa de co-gestão MS/MPAS.

7 – Evitar a criação de leitos psiquiátricos que ultrapassem os índices de 1:1.000 habitantes nas cidades e 1:2.000 habitantes no meio rural.

8 – Promover e subvencionar estudos epidemiológicos e pesquisas visando abastecer de conhecimento o sistema operativo.

9 – Realizar programas de recursos humanos que visem capacitar os diversos técnicos para ação em saúde mental, nas diferentes instâncias hierárquicas da rede de saúde, sobretudo na rede básica, através da educação continuada e da adequação dos currículos. Zelar pela remuneração adequada dos trabalhadores. Garantir o acesso ao serviço público somente por concurso, a ascensão funcional por mérito e a lotação judiciosa dos quadros.

10 – Articular o sistema de ação em saúde mental com organizações comunitárias, políticas, culturais e religiosas, visando o aperfeiçoamento conceitual e operacional do sistema.

11 – Implantar um sistema de informática na área de saúde mental, utilizando códigos e linguagens universais, como a *Classificação Internacional de Doenças*, por exemplo.

12 – Colocar à disposição da população, de forma adequada, informações sobre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental.

COMISSÃO ORGANIZADORA DA I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

COORDENAÇÃO GERAL

Evaldo Gomes Leite Vieira
Divisão Nacional de Saúde Mental e Campanha Nacional de Saúde Mental/MS

COMISSÃO ORGANIZADORA

Vera Maria Sampaio Acevedo
Divisão Nacional de Saúde Mental/MS

Laerth Macellaro Thomé
Campanha Nacional de Saúde Mental/MS

Luiz Augusto Brittes Villano
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/MPAS

Rômulo Galvão
Secretaria de Educação Especial/MEC

Maria Thereza Guimarães Palácios
Conselho Federal de Medicina (CFM)

Yvone Alvarenga Khouri
Conselho Federal de Psicologia (CFP)

João Marinonio Aveiro Carneiro
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CONFFITO)

Luiz Salvador de Miranda Sá Júnior
Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)

José Jackson Coelho Sampaio
Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil

SECRETARIA EXECUTIVA

Vera Maria Sampaio Acevedo
Coordenadora – DINSAM/MS

Magda Vaissman
INAMPS/MPAS

Nara Silveira Berlim
CFP

Maurício Viana
Hospital Philippe Pinel/MS

João Marinonio Aveiro Carneiro

CONFFITO

Nilson Gomes
DINSAM/MS

COMISSÃO DE REDAÇÃO

Ana Maria Pitta Hoisel – Região Sudeste
Francisco Paschoal Faro Neto – Região Sul
Juberty Antonio de Souza – Região Centro-Oeste
Rosimeire Rodrigues Cavalcanti – Região Nordeste
Suleima Fraiha Pegado – Região Norte

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Ana Maria Pitta Hoisel – SP
Francisco Paschoal Faro Neto – PR
Hélio Pereira Dias – MS/DF
José Jackson Coelho Sampaio – RJ
Suleima Fraiha Pegado – PA
Volusi Rocha Ugá Câmara – AL
Maria Ester de Carvalho – MS/DF

EDIÇÃO – CD/MS

Clelia Rabelo de Oliveira (assistente editorial)

Napoleão Marcos de Aquino (editor, copidesque, revisor)



*Esta obra foi composta e impressa no
Departamento de Imprensa Nacional,
SIG - Quadra 6 - Lote 800 -
Brasília - DF - CEP 70604,
em julho de 1988*