



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas - IH

Departamento de Serviço Social – SER

Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social - TCC

Orientadora: Patrícia Pinheiro

Internação Compulsória: A luta antimanicomial versus a Lei

Carla Adriana da Silva Ramaldes

Brasília - DF, julho de 2015.



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas - IH

Departamento de Serviço Social – SER

Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social - TCC

Orientadora: Patrícia Pinheiro

Internação Compulsória: A luta antimanicomial versus a Lei

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social na Universidade de Brasília para obtenção do diploma de graduação em Serviço Social sob orientação da Prof. Patrícia Pinheiro.

Brasília - DF, julho de 2015.

“Fizemos juntos qualquer coisa de prático, de real. Discutimos sobre a possibilidade de realizarmos dentro de nós mesmos e na realidade deste país. Não sei se todos perceberam que discutirmos temas que dizem respeito a todos nós”.

Franco Basaglia, 1979.

CARLA ADRIANA DA SILVA RAMALDES

Internação Compulsória: A luta antimanicomial versus a Lei.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Professora Msc. Patrícia Pinheiro

Orientadora

Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

Doutora Karen Santana

Examinadora

Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília

Doutor Mario Ângelo

Examinador Externo

Brasília – DF, julho de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda a minha família, em especial meus pais Eva e Eduardo, por todo o incentivo e dedicação em todo o meu período acadêmico, por todo o esforço em realizar meus desejos para me fazer feliz, por acreditar em mim quando nem eu mesma acreditava. Muito obrigada por sempre estarem ao meu lado me guiando pelos caminhos corretos.

A minha querida irmã, Ana Camila, que além de irmã é minha amiga, por toda a paciência e ajuda nesse momento, por todo amor e companheirismo que conquistamos em toda nossa caminhada juntas. Por junto de meus pais ser meu equilíbrio e minha base.

Agradeço a minha melhor amiga Amanda, por toda amizade construída dentro da UnB, pelo apoio, pelas risadas e momentos de alegria, conversas e desabafos, pelo companheirismo, e compreensão nos momentos de estresse, desespero e choro.

As amigas construídas dentro do curso de Serviço Social, especialmente da Mariana e Andressa pela compreensão, paciência e atenção, e por todos os passos caminhados dentro da UnB sempre lado a lado uma da outra com muita ajuda no que se era preciso. Por sempre desvendar os caminhos daquela universidade imensa com muito amor, e risos, sempre levantando uma a outra, sem deixar cair quando o momento parecesse mais difícil.

Agradeço a professora Patrícia pela disponibilidade, auxílio e reflexão na caminhada para a construção dessa pesquisa acadêmica, por me mostrar a “luz no fim do túnel” quando tudo parecia confuso e pelos momentos de descontração e conhecimento passado para mim em todo o período de curso.

Agradeço a banca examinadora deste trabalho de conclusão de curso, pela disponibilidade e disposição para estar comigo nesse crescimento acadêmico.

Agradeço a todos que estavam junto comigo em toda a caminhada de curso dentro da UnB, aos professores e as pessoas que passaram pela minha vida. Ao meu período dentro do campo de estágio, no Hospital São Vicente de Paulo que foi um período incrível e essencial para o meu crescimento dentro do Serviço Social.

RESUMO

Esse trabalho acadêmico tem como base, a experiência vivenciada e adquirida no estágio obrigatório em Serviço Social, realizado no HSVP - Hospital São Vicente de Paulo, localizado em Taguatinga - DF. A presente pesquisa enfoca a contradição existente entre o art n°9 da Lei 10.216/ 2001, a qual aborda em seu conteúdo a internação compulsória como opção de tratamento, ou seja, diz sobre a permanência de pacientes em ambiente de internação, contra sua vontade sob ordem e ação judicial e em contraponto a luta antimanicomial, que confronta com tal ação, entendida como uma violação aos direitos desses pacientes, e propondo a retirada do paciente do ambiente institucional com sua reinserção em sociedade, através de outros serviços e de atenção psicossocial. O tipo de pesquisa realizada foi a análise documental através de documentos públicos. A pesquisa permitiu perceber, a título de conclusão, que o preconceito com os pacientes da saúde mental ainda é muito latente sendo o Estado o maior propagador deste. Foi verificado, ao final dessa análise, que a luta antimanicomial junto a reforma psiquiátrica vem através de séculos buscando o fim dos manicômios e sua garantia de direitos, porém a internação compulsória se confronta com esse processo, significando um retrocesso perante toda a luta já envidada, uma vez que esta obriga o paciente a ficar apartado da sociedade. Esse tipo de tratamento hoje, está sendo usado como política pública para o tratamento de usuários de crack e outras drogas e isso interfere em todo um processo histórico da luta antimanicomial.

Palavras chave: saúde mental, internação compulsória, lei de saúde mental, luta antimanicomial, Serviço Social.

ABSTRACT

This academic work is based on gained experience from the mandatory internship in Social Work, held in HSVP- Hospital São Vicente de Paulo, located in Taguatinga - DF. This research seeks focus on the contradiction between article 9 of law 10,216/2001, it addresses, in to its content, compulsory hospitalization as a treatment option, ie is favorable to the permanence of patients in hospital environment, against his will by fiat and judicial lawsuit. On the other hand we have the anti-asylum struggle that goes forward in the fight against such action, recognizing it as an infringement on the rights of patients, it aims at the removal of the patient of institutional environment to perform reinsertion in society through other services and attention psychosocial. The research allowed to realize, by way of conclusion, that prejudice with mental health patients is still very latent and the state the greatest propagator of this was found at the end of this analysis, that the anti-asylum fight with the psychiatric reform comes through centuries seeking the end of asylums and their rights guaranteed, but the compulsory hospitalization is confronted with this process, meaning a setback before all the fighting already envidada, since this requires the patient to stand apart from society. This type of treatment today, is being used as a public policy for the treatment of crack and other drugs and it interferes with an entire historical process of the anti-asylum fight.

Keywords: mental health, compulsory hospitalization, mental health law, anti-asylum struggle, social service.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I - Reforma Psiquiátrica	14
1.1 - A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil	15
1.2 - Luta Antimanicomial.....	16
CAPÍTULO II - Política Nacional de Promoção a Saúde.....	19
2.1 - Lei de Saúde Mental.....	21
2.2 - A Saúde Mental no Sistema Único de Saúde.....	24
2.3 - As Ações do Serviço Social na Área da Saúde.....	27
CAPÍTULO III - Internação Compulsória	30
3.1 - Luta Antimanicomial versus Internação Compulsória: Cidadania, Periculosidade social e desinstitucionalização.	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

INTRODUÇÃO

Não existe uma definição para a saúde mental, sendo este apenas um termo que define o nível de qualidade de vida cognitiva e emocional de um indivíduo. Em termos podemos dizer que saúde mental, é a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções sem perder o valor do real e do precioso. Ser capaz de viver a vida, sem perder a noção do tempo ou espaço. Saúde Mental é saber lidar com as diversas condições emocionais do ser humano, tanto as boas quanto as desagradáveis, como: alegria/tristeza; amor/ódio. Porém a ausência de uma doença mental não implica que o indivíduo tenha uma boa saúde mental, a melhor maneira de identificar o estado de saúde mental de uma pessoa é através do comportamento diário.

Em meados do séc. XVIII, a internação era vista como algo que excluía e retirava a cidadania do indivíduo, pois via o “louco” como um perigo para a segurança pública, fazendo com que ocorresse o isolamento daqueles que possuíam o transtorno mental. A internação é utilizada em último caso no tratamento, somente quando é visto por um médico que o paciente coloca a própria vida ou de terceiros em risco.

Como visto na Constituição Federal do Brasil, a saúde é definida como um direito de todos e um dever do Estado, reduzindo o risco de doenças e de outros agravos, tendo o acesso universal e igualitário. Assim, vemos que a saúde mental também deveria ser um direito de todos, mas infelizmente o Sistema Único de Saúde ainda deixa muito a desejar quando este é o assunto.

A internação compulsória em estabelecimento psiquiátrico é prevista no art. 9º da Lei 10.216/2001. Essa lei representou um marco para a saúde mental, por respeitar a paciente e suas vontades. De acordo com o art. 6º dessa legislação, há três tipos de internação, sendo elas a voluntária, a involuntária e a compulsória, respectivamente. A internação compulsória está prevista na lei como uma necessidade de intervenção, sendo este pedido direcionado a um Juiz de Direito. Este pedido é realizado pelo motivo de o paciente não poder decidir pela própria vida. Esse tipo de internação deve ser o mais rápido possível, pois como previsto no art. 2º da Lei de Saúde Mental (Lei 10.216/01) o

paciente deve “ter o direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não da sua hospitalização involuntária”. Porém as famílias e autoridades que solicitam essa internação compulsória não observam que este tipo de internação não pode resolver os problemas em questão, sendo que é necessário observar o melhor tipo de tratamento para o paciente, visando o enfrentamento do real problema.

O objeto de estudo desse trabalho é a contradição da luta antimanicomial com o art. 9º da lei de saúde mental que diz sobre a internação compulsória

“A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (ART. 9, Lei de Saúde Mental).

Colocando em pauta que a luta antimanicomial visa o fim das internações e dos manicômios, e a internação compulsória é tratada como uma internação involuntária, determinada pela justiça, sem indicação de um local adequado para a realização dessa internação. Dessa forma esse estudo investiga a utilização desse tipo de internação visto que ela vai de encontro aos objetivos da reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial.

Esse trabalho de conclusão de curso foi dividido em três capítulos buscando analisar toda a trajetória da reforma psiquiátrica junto a formulação da lei de saúde mental e desta no sistema único de saúde, realizando uma análise da luta antimanicomial frente ao artigo sobre a internação compulsória.

O primeiro capítulo desse estudo trata da reforma psiquiátrica, sua trajetória de criação e seus objetivos. Além de tratar também de como essa reforma chegou ao Brasil, os movimentos e a trajetória dela no país, e de que maneira ela contribuiu para o fim dos manicômios e como se deu toda a luta na sociedade para as conquistas. Trata ainda sobre a luta antimanicomial, visando o investimento nos serviços extra-hospitalares, se opondo a tendência hospitalocêntrica, e o projeto de Lei Paulo Delgado. A luta antimanicomial visa os acontecimentos dentro dos manicômios judiciários, discutindo as denúncias das

práticas excludentes dentro dessas instituições, indo contra o modelo assistencial brasileiro.

O segundo capítulo ressalta a criação da Lei de Saúde Mental – Lei 10.216/01, o que é dito na lei, e quais os direitos daquele paciente com transtorno mental. Trata também da política nacional de saúde mental e as propostas da mesma perante a assistência voltada para a saúde mental, junto da política são explicados o funcionamento e a rede de serviços voltado para a saúde mental dentro do SUS – Sistema Único de Saúde e apresenta as contribuições do Serviço Social para a Saúde Mental.

O terceiro capítulo informa sobre o que vem a ser a internação compulsória, em que casos ela ocorre e de que forma. Além de tratar da contradição entre a luta e a internação compulsória, colocando em pauta a marginalização do paciente e a afirmação e do preconceito com a loucura trazida de épocas antigas para a sociedade atual. Esse capítulo visa a análise central desse estudo.

Com isso pode-se dizer que é necessária a realização de mais pesquisas e estudos na área de saúde mental, além de pôr fim ao preconceito existente tanto da sociedade quanto do Estado, assim dar assistência para aqueles que necessitam destes serviços de saúde mental, garantido direitos para os cidadãos que vivem com transtorno mental. O primeiro passo para a efetivação do sistema de saúde, é a criação de políticas públicas que funcionem voltadas somente para os pacientes de saúde mental, visando a condição de cada caso, visto que os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial existentes não são suficientes para atender as demandas. Além de pôr fim a condição de institucionalização do paciente como medida de tratamento.

PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Esse trabalho acadêmico fundamenta-se na dialética marxista, onde busca estabelecer investigação e exposição da realidade proposto pelo método de Marx e considera as contradições sociais advindas de uma sociedade desigual desde a sua raiz e que, pautada por um modo de produção da existência baseada na exploração da força de

trabalho, engendra uma sociedade que não tem espaço para o bem-estar social e que não tem sensibilidade para as necessidades humanas.

O método de Marx é o materialismo histórico e dialético, Leva em consideração, portanto, as determinações da realidade no seu contexto histórico, em permanente transformação e atravessado pelas contradições inerentes aos fenômenos sociais. Para tratar das contradições que atravessam a problemática da saúde mental, o método de interpretação de Marx, nos permite entender que a realidade tomada no contexto da luta de classes e dos diferentes interesses históricos que constituem o tema, reflete o conflito entre os interesses dominantes demonstrados na Política Pública de Saúde Mental e os preceitos da luta antimanicomial justamente por configurar, em última instância, também os conflitos pertinentes da diferença dos interesses das classes sociais que pautam a luta de classes dentro da sociedade burguesa. Com isso, o tema deste estudo, a partir dessa concepção, tratará da complexidade dessa relação.

Foi realizada uma análise documental, objetivando expor os estudos sobre a internação compulsória e de que maneira essa internação vai contra a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica, além de colocar em pauta o fato de que na internação é identificada a retirada de cidadania e liberdade do paciente, e a marginalização do mesmo. Através desse estudo busca retirar essa ideia do marginal e do doente louco pautado no pré-conceito da loucura.

“A concepção materialista-dialética entende que, no estudo do desenvolvimento de um fenômeno, deve-se partir de seu conteúdo interno, das suas relações com os outros fenômenos, quer dizer, deve-se considerar o desenvolvimento dos fenômenos como sendo o seu movimento próprio, necessário, interno, encontrando-se, aliás, cada fenômeno no seu movimento, em ligação e interação com os fenômenos que o rodeiam. A causa fundamental dos fenômenos não é externa, mas interna; ela reside no contraditório do interior dos próprios fenômenos. No interior de todo fenômeno há contradições, daí seu movimento e desenvolvimento. O contraditório no seio de cada fenômeno é a causa fundamental do respectivo

desenvolvimento enquanto ligação mútua e ação recíproca entre os fenômenos não constituem mais do que causas secundárias”.

(TSÉ TUNG, 1999, p. 41)

A pesquisa realizada foi a qualiquanti, visto que as relações das duas abordagens complementam em si o tema estudado. A pesquisa qualitativa refere-se a uma abordagem descritiva, onde os dados coletados são utilizados com base em analisar e interpretar fenômenos. Já a abordagem quantitativa funciona como amostra em forma de números as opiniões e informações sem serem classificadas ou analisadas.

A análise do tema foi baseada em pesquisa bibliográfica e análise documental de pesquisas e entrevistas já realizadas em documentos públicos. Essa pesquisa conta com estudos a partir de legislações e documentos do governo. Esses documentos tratam da garantia de direitos e serviços que o paciente com transtorno mental possui. O marco regulamentar de referência foi: a Política Nacional de Saúde Mental, a Lei nº 10.216/01, a Lei 3.657/89 conhecida como Lei Paulo Delgado, a constituição de 1988, documentos do governo como cartilhas com informações básicas sobre o SUS – Sistema Único de Saúde, além do art. 9º da Lei de Saúde Mental.

Foi utilizado também para a análise documental, livros e artigos públicos contendo informações sobre o tema de saúde mental e serviço social, e desinstitucionalização e marginalização do paciente. Os autores base para a formulação dessa pesquisa foram Franco Basaglia, em textos organizados por Paulo Amarante, foi utilizado também artigos e livros escritos pelo próprio Paulo Amarante e José Bisneto, pela pertinência e importância de seus estudos. Em relação aos dados coletados, o acesso a esses dados foi através de documentos públicos e disponíveis pelo governo, em sites da Secretaria de Saúde, e do Ministério da Saúde junto com a utilização da lei de saúde mental, e cartilhas disponíveis de maneira online.

Ao que se refere aos cuidados éticos utilizados, não houve a necessidade de se submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa, visto que o referencial se restringiu a análise documental, com base em documentos de acesso público ou via internet.

CAPÍTULO I

Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica se inicia pelo aumento das denúncias de maus tratos e violência aos pacientes portadores de transtorno mental, de forma a mudar o que se pensa sobre a psiquiatria, com intuito de preservar a vida e os direitos humanos. Defende o direito daqueles que convivem com o transtorno mental uma possibilidade de viver em sociedade lidando com este sofrimento.

Em meados de 1970 são iniciados processos de transformações no modelo psiquiátrico de locais como a Europa e Estados Unidos, essas transformações começaram a partir das ideias de Franco Basaglia, psiquiatra italiano, através de uma comissão de alto escalão para revisar a questão da legislação italiana. Mesmo não fazendo parte dessa comissão as ideias de Franco são incorporadas na lei que passa a receber seu nome como Lei Basaglia, aprovada em 13 de maio de 1978.

Mesmo com essa lei, Franco não estava satisfeito ainda, pois o que justifica a internação compulsória é substituído por um novo artigo na lei que diz que o médico tem a inteira responsabilidade de julgar a respeito da periculosidade social do paciente. Basaglia diz também que com essa lei deve desaparecer o hospital psiquiátrico, porém através de lacunas e brechas na lei, a situação precária de manicômios e hospícios do período em questão se mantém. Mesmo com as questões sobre as lacunas na lei, esta veio com alguns aspectos positivos, pois com ela se proíbe a recuperação e criação de novos manicômios, fazendo assim com que a questão dos direitos e da assistência psiquiátrica seja alterada.

Desde o momento da aprovação da lei foram surgindo, na época, propostas de contra-reforma vindas de movimentos tradicionais e conservadores. Porém Basaglia consegue uma boa aprovação pelo parlamento italiano e uma boa aplicação da lei na sociedade. Com o tempo a situação foi mudando, e foram surgindo novos projetos pela reforma da lei, porém de maneira a melhorar e dar uma qualidade a ela.

Como essas mudanças foram efetivas no exterior, no início da década de 80, o Brasil inicia a sua reforma sanitária com a situação da psiquiatria com bastante caos e descaso, assim o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM denuncia tal situação, dando o impulso inicial para reforma.

1.1 - A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil

De acordo com Amarante (2005) para a compreensão desse processo de reforma psiquiátrica no Brasil é necessário entender os processos históricos passados nesse período.

Nos anos 70 a saúde estava passando por intenso processos de mudanças e redemocratização, com base nas práticas de serviços a saúde colocando-as como direito, e para isso é criado o CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, e o Movimento de Renovação Médica, “com o objetivo de potencializar e agenciar o pensamento crítico, as novas experiências em curso e os percursos de luta pela reforma sanitária” (AMARANTE 2005, P. 197).

No CEBES foram criadas várias comissões em que foram discutidas as condições da assistência psiquiátrica, essas comissões possibilitaram ainda que ocorresse em 1978, o 1º congresso Brasileiro de psiquiatria, cujo debate apresentou as reais condições da área psiquiátrica. Tais denúncias se multiplicam e através disso trabalhadores da área da saúde mental juntam-se formando o MTSM – Movimentos de Trabalhadores de Saúde Mental se tornou “o principal ator dos projetos de transformação da instituição psiquiátrica” (AMARANTE, 1998, P.94).

Nos anos 70 a assistência psiquiátrica é baseada em estruturas de asilos, ou seja, em manicômios, porém a maioria dos leitos existentes eram identificados vindos de hospitais privados, que devido a onda de privatização eram contratados pelo governo.

Como já exposto acima, a Reforma Psiquiátrica no Brasil tem seu início através da MTSM – Movimentos de Trabalhadores de Saúde Mental que busca a transformação da assistência na psiquiatria até então percebida de maneira frágil com caráter

“hospitalocêntrico”, assim a reforma brasileira é vista como um processo de desinstitucionalização, retirando o doente mental de instituições e da prática de isolamento social, e o inserindo na sociedade garantindo seus direitos como cidadão. Nos primeiros momentos, o MTSM – Movimentos de Trabalhadores de Saúde Mental realizou denúncias sobre a violação dos direitos humanos, a exclusão, a discriminação e ineficácia dos hospitais psiquiátricos, que no período abrigavam e cuidavam dos pacientes, assim, os grandes manicômios como o de Juqueri em São Paulo – SP, a colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro – RJ e o manicômio de Barbacena em Minas Gerais – MG, começaram a aparecer e mostrar sua realidade para a sociedade.

A presença de Basaglia no Brasil no período de 1978 e 1979 foi de extrema importância, pois junto de outros como Castel, Foucault, Goffman e outros intensificaram a discussão acerca da loucura, as instituições a cultura e os processos sociais dos pacientes em manicômios. Em todas as conferências ao qual Basaglia participou, ele desenvolvia o debate sobre as transformações das relações sociais entre as pessoas internadas e as instituições, além de afirmar que com a reforma era necessário o entendimento do intuito da existência do manicômio para a produção de novas instituições que foquem no conjunto das relações sociais do paciente dentro e fora do tratamento.

Nos anos que seguiram, foi possível observar que os debates e a reforma em si não tomaram um caminho simples, ou seja, as discussões indicam obstáculos político-institucionais e referenciais teóricos que permeiam as transformações propostas pela reforma.

1.2 - Luta Antimanicomial

No Brasil, no século XX, ainda não tinham políticas públicas de tratamento, foi apenas em 1930 que se criou o Serviço Nacional de Doentes Mentais, que seu objetivo era a fiscalização dos serviços existentes e regularização dos novos. Até 1950, o tratamento dessas pessoas era com banhos quentes e frios, cadeiras giratórias, eletrochoques e medicação, sendo que a última começou na década de sessenta. No ano de 1987 ocorreu o primeiro encontro da Conferência Nacional de Saúde Mental, que

recomendava a priorização de investimento nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica.

No final deste mesmo ano realizou-se o II Congresso Nacional do MTSM – Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, no qual houve a concretização do Movimento da Luta Antimanicomial e que foi construído o lema, *por uma sociedade sem manicômios*. Nesse mesmo congresso ampliou-se o sentido político conceitual do movimento.

Neste Congresso, houve uma grande repercussão de âmbitos, ação cultural, na ação jurídico política e modelo assistencial, que foi marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que foram passadas a ser representadas por uma alternativa real ao modelo tradicional de psiquiatria.

Na trajetória da luta é construído um Projeto de Lei 3.657/89, conhecido como Lei Paulo Delgado, que contém três pontos importantes: detém a oferta de leitos manicomiais financiados com o dinheiro público, redireciona os investimentos para outros dispositivos assistenciais não manicomiais e torna obrigatória a comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do paciente.

Nos anos 90 a conferência regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica promovida pelas Organizações Panamericanas e Mundial de Saúde, proclama a necessidade de reestruturação imediata da assistência psiquiátrica pela lei adequada dos países, de forma que assegurem os direitos humanos e civis dos pacientes com transtornos mentais e que promovam a reorganização dos serviços que garantem o seu cumprimento. Neste mesmo ano que houve a conferência, 1990, foi levada como ponto principal a demarcação crescente tendencial e internacional de superação dos velhos modelos de psiquiatria como reforma psiquiátrica.

Há outro documento, além do aprovado pela Conferência Panamericana, adotado pela Organização das Nações Unidas, como: os princípios para a proteção de pessoas com transtornos mentais e para melhoria das Assistências à Saúde Mental, que visa assegurar os direitos da pessoa portadora, tratando-a como cidadã.

É relevante compreender que essa luta é fruto de enfrentamentos e percalços há mais de quatro séculos, no qual há a marginalização do sujeito diagnosticado com

transtorno mental, taxando-lhe de louco e o remetendo à internação. A realidade brasileira apresenta um quadro frágil no trato da doença mental, sendo que o primeiro hospício surgiu no Rio de Janeiro, em 1841, em que o paciente deveria ser retirado da sociedade e família. Mas na atualidade, o descaso com ambientes hospitalares está cada vez mais perceptível, cabendo aos profissionais da saúde, o trabalho de lidar com um sistema de internação involuntária, cujo o reflexo da luta pelo fim dos manicômios demonstra uma carência estrutural no acolhimento e no atendimento dos pacientes.

A ação da Luta Antimanicomial visa dar a visibilidade no que ocorre dentro dos manicômios judiciários e discutir as práticas punitivas, segregatórias, excludentes e o cuidado com as pessoas, que hoje ainda estão nestas instituições os mais diversos tipos de tratamentos e condições, contrárias ao modelo assistencial do Estado brasileiro.

CAPÍTULO II

Política Nacional de Promoção a Saúde

A atenção à saúde no Brasil vem investindo na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Visando assim a construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde acontece através da portaria nº 687 do dia 30 de março de 2006 sendo que a mesma ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS - Sistema Único de Saúde.

O SUS – Sistema Único de Saúde visa a qualidade de vida através do direito à saúde dialogando com movimentos no âmbito da promoção a saúde, onde o mesmo age como estratégias de promoção de saúde se desenvolvendo juntamente com as demais políticas e tecnologias do sistema de saúde brasileiro para assim, possibilitar respostas as necessidades sociais em saúde. Os objetivos gerais da política Nacional de Promoção da Saúde é o de promover à qualidade de vida, diminuindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados ao modo de viver, condições de trabalho, habitação, educação, cultura e acesso a serviços essenciais.

Ao se falar sobre a política nacional de promoção à saúde, entramos também na questão sobre a política de humanização. Esta surge principalmente por dois motivos. O primeiro o motivo da necessidade, pois é necessário para garantia do direito constitucional à saúde para todos. E o segundo motivo o da urgência, pois tal debate é uma maneira de viabilizar uma saúde digna para todos os que necessitam com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida. Sendo assim, humanizar é então ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhorias dos ambientes de cuidados e dos espaços de trabalho dos profissionais de saúde. Assim, dentro do SUS – Sistema Único de Saúde, a humanização deve ser vista como um fator de muita importância na saúde.

As prioridades dentro da saúde com a implementação da Política Nacional de Humanização, são: reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; oferecer informações a todos os usuário do SUS – Sistema Único de Saúde sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial; as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde; as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Para a implementação desta política é necessário combinar a atuação descentralizada dos diversos atores que constituem o SUS – Sistema Único de Saúde, com a articulação e a coordenação necessárias à construção e ao acúmulo de experiências. Assim, ao mesmo tempo em que são experimentadas novas propostas de ação o SUS – Sistema Único de Saúde deverá consolidar a Humanização como uma estratégia comum e disseminada por toda a rede de atenção.

A política de Saúde Mental vem após os anos 70, a partir da luta da reforma psiquiátrica com a proposição para a criação de novos modelos de tratamento para o paciente com transtorno mental. Após o surgimento do SUS – Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 88, são estabelecidas novas diretrizes para a criação de políticas públicas principalmente aquelas voltadas para a saúde mental.

No que diz respeito a Política de Saúde Mental, o governo tem como objetivos: reduzir os leitos psiquiátricos de baixa qualidade, qualificar e fortalecer a rede de CAPS, Residências Terapêuticas e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, incluir a saúde mental na atenção básica, garantir tratamento digno e humanizado para o louco infrator. Porém não é esse cenário que vemos atualmente. 3% da população sofre de transtornos mentais graves, 6% sofre de algum transtorno psiquiátrico grave por causa de álcool e drogas, 12% necessita de atendimento voltada para a saúde mental, sendo este contínuo, a rede psiquiátrica atual do Distrito Federal não tem capacidade para atender a população destinada a ela, com isso ocorre a sobrecarga nos hospitais, e a superlotação em internações.

2.1 - Lei de Saúde Mental

A Lei 10.216/01, versa sobre a atenção pública voltada para a saúde mental e busca acabar com o modelo de internação asilar em manicômios, atitude que viola os mais básicos direitos humanos dos pacientes, apresentando qualquer efetividade quanto a prevenção no tratamento e até mesmo o modelo de reabilitação usada na reinserção social das pessoas portadores de transtornos mentais.

Como forma de prevenção ao modelo baseado na internação e prevalência de assistência extra hospitalar, o atendimento em centro de atenção psicossocial deve ser preferencial a aqueles pacientes com longa permanência. Em unidades extra hospitalares, as pessoas com transtornos mentais ainda continuam recebendo o tipo de atendimento preferencial que deve ter, porém não ficam internadas e, sempre que é possível, há a preservação do convívio familiar. O CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, que são unidades de saúde mental especializadas, oferecem esses cuidados clínicos e até atividades de reinserção social do paciente. Para aqueles pacientes que perderam laços familiares e/ou não possuem suporte social, foram criadas residências terapêuticas, que são destinadas a cuidar de até oito pessoas egressas de hospitais psiquiátricos.

O problema é que, dez anos passados da promulgação da Lei ainda existem pacientes internados em condições inadequadas com tratamentos desumanos e que violam os direitos do paciente. O Ministério Público, se vê diante de um desafio, que é o encerramento das atividades de manicômios, mas isso só é possível depois que os municípios criarem suas estruturas locais de atenção extra hospitalar. Esse tipo de solução não é imediato, pois é o tipo de atenção que envolve medidas emergenciais para remediar as condições deploráveis nesses centros de tratamentos e assistência nos manicômios, provocando os poderes públicos e as instituições particulares, no caso aquelas conveniadas ao SUS – Sistema de Saúde Único. Neste caso, a atuação do MPF – Ministério Público Federal e o MPE – Ministério Público Estadual mostra-se altamente recomendável, comum a três entes federativos para cuidar da saúde e proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Após a proteção e dos cuidados dessas pessoas, os municípios devem possuir estruturas favoráveis aos tratamentos e atenção psicossocial desses pacientes, em

residências com um número suficiente para receber os egressos que recebem alta dos hospitais psiquiátricos. Para o sucesso desses centros, há uma dependência da articulação intensa entre os entes públicos envolvidos, por meio de suas coordenações mentais. Os serviços e os estados são fiscalizados e indicam aos municípios quais dispositivos são necessários para serem instalados. O Ministério Público aparece nesse cenário como agente capaz de obrigar os gestores públicos a dialogarem e tirarem medidas necessários para o desenvolvimento do papel.

Um dos temas que a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão trata com prioridade é a saúde mental. Já foram destacados como necessidades as ações políticas e jurídicas para acabar com lesões que são tão graves aos direitos cidadãos com casos de extrema necessidade. Os procuradores da República do país têm cuidado dessa causa como atenção especial, apesar de demorados os resultados, no final são muito gratificantes. A Lei procura acabar com a separação covarde daqueles que são tratados como anormais, dando-lhes direito à cidadania e, em casos extremos, a serem tratados com preferências.

A Lei procura acabar com esse isolamento de tratamento, buscando o convívio com a família e a comunidade. A garantia da livre circulação dessas pessoas em fase de tratamento, faz parte do que é proposto tanto na lei quanto na reforma psiquiátrica, oferecendo os recursos e cuidados que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos completos, como o CAPS - Centro de Atenção Psicossocial; SRT - Serviço Residencial Terapêutico e os Centros de Convivência e Cultura, nos leitos hospitalares. Outro serviço dessa política é o Programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para egressos de longas internações.

Os objetivos do Governo:

- Qualificar, expandir e fortalecer a rede extra hospitalar formadas pelo CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais;
- Incluir ações da saúde mental na atenção básica;
- Reduzir de forma programada os leitos psiquiátricos de baixa qualidade;

- Garantir o tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (tendo como objetivo superar o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário)
- Implantar o programa “De Volta para Casa”;
- Promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado;
- Avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.

Mas o que acontece no cenário atual é:

- Entendimento das questões de álcool e outras drogas como problema de saúde pública e como prioridade atual do governo;
- Tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra hospitalar;
- E a ratificação das diretrizes do SUS pela Lei Federal 10.216/01 e III Conferência Nacional de Saúde Mental

Alguns dados importantes sobre esse número de pacientes que não tem condições de um tratamento digno:

- 3% da população sofre com transtornos mentais persistentes e severos;
- 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado para a Saúde Mental;
- 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, sendo ele contínuo ou eventual;
- E mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos grandes decorrentes do uso de drogas e álcool.

O desafio dessa Lei neste cenário é ter de fortalecer as políticas de saúde voltada para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial. A consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária é outro desafio que a política vem enfrentando. A implementação de uma política de saúde mental eficaz no atendimento dessas pessoas com crise social, desemprego e violência. Outro desafio importante é o aumento dos recursos do orçamento anual do SUS – Sistema

Único de Saúde para a Saúde Mental, em busca de melhorar o tratamento e cuidados com o paciente que sofre do transtorno.

2.2 - A Saúde Mental no Sistema Único de Saúde

A datar dos anos 80 foram realizadas significativas alterações no âmbito institucional, política e jurídica no que diz respeito a saúde mental, sendo uma dessas alterações a implementação da política nacional de saúde mental no SUS – Sistema Único de Saúde.

Para localizarmos a política de saúde mental no SUS - Sistema Único de Saúde, é necessário primeiramente compreender o que é o SUS - Sistema Único de Saúde. De acordo com as leis federais 8.080 e 8.142 ambas de 1990, em que tem como objetivo a saúde como um direito universal e dever do Estado, conforme previsto na constituição de 1988. Como já dito anteriormente, o SUS - Sistema Único de Saúde baseia-se no acesso universal a saúde, sendo este de maneira gratuita; além de integralidade dos serviços cuidando do indivíduo como um todo; equidade, atendendo de maneira igual a todos; descentralização da saúde garantindo bom atendimento e controle social.

Dentro do SUS – Sistema Único de Saúde, o atendimento para a saúde mental é realizado através dos CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas, programas como o PVC – Programa de Volta para Casa.

O PVC – Programa de Volta para Casa está disposto na lei 10708 de 2003 e consiste em um programa que visa a reabilitação de pacientes com longo histórico em instituições psiquiátricas através de um auxílio. O objetivo desse auxílio é contribuir para a volta a sociedade do paciente a fim de melhorar a rede de serviços de atenção psicossocial assegurando o bem-estar do indivíduo e estimular a busca pelos direitos civis. Como já visto na Lei de Saúde Mental 10.216/01 o paciente internado por muito tempo, ao deixar a instituição deve ter reabilitação acompanhada, além de participar de políticas públicas. Esse programa integra as conquistas da reforma, ou seja a desinstitucionalização do paciente e o resgate a cidadania que no sistema de privação de liberdade lhe é tirado.

Já as residências terapêuticas, ou SRT – Serviços de Residência Terapêuticas são casas que funcionam no espaço urbano cujo sua função é suprir a necessidade da pessoa com o transtorno mental ou já institucionalizada. Esse serviço funciona como espaço de moradia, de vivência articulado com os já citados serviços de atenção psicossocial. Vale reiterar ainda que para o acesso ao SRT o paciente deverá ser portador de transtorno mental grave que esteja egresso de internação e que se encontra sem condições de reinserção em sociedade, pessoas em condição de rua que possuam algum tipo de transtorno mental grave e esteja sendo acompanhada em CAPS – Centro de Atenção Psicossocial ou pessoas cujo problema de moradia seja identificado pela equipe especializada. Esses SRTs podem ser divididos em dois tipos:

- SRT Tipo I: São moradias direcionada a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização.
- SRT Tipo II: São tipos de moradia direcionadas às pessoas com transtorno mental e certo nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes.

O CAPS – Centro de Atenção Psicossocial é um serviço gratuito e aberto ao público, cujo seu foco é tratamento para pessoas com transtorno mental, psicose, usuários de drogas e outros. Dentro desses centros, essas pessoas têm acesso a um tratamento que promove a qualidade de vida. Os tipos de CAPS – Centro de Atenção Psicossocial são:

- CAPS I – este CAPS visa o atendimento as pessoas com transtorno mental grave e/ou persistente, e com a necessidade de atendimento com base no uso de crack, álcool e drogas em todas as faixas etárias.
- CAPS II – Essa rede atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local.
- CAPS III – Esse CAPS atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, oferecendo atendimento clínico e

acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD.

- CAPS AD – Voltado para o atendimento de adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
- CAPS AD III – Esse serviço atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.
- CAPS i – Visa o atendimento de crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

Esses centros têm como objetivo atender a população que dele necessita promovendo a reinserção do paciente através de atividades que proporcione o acesso ao trabalho, ao lazer e a um tratamento efetivo. Os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial foram criados com o intuito de, como proposto pela reforma psiquiátrica, substituir a internação nos hospitais psiquiátricos.

As pessoas atendidas no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial são aquelas que sofrem de transtornos mentais, seja pelo abuso de substâncias psicoativas (drogas), ou crianças e idosos com transtorno mental. Para ter acesso a esse serviço é necessário que a pessoa se dirija a unidade mais próxima com um encaminhamento de qualquer serviço da área de saúde. Ao ser recebido no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, a pessoa primeiro será acolhida e terá seu caso ouvido por um profissional a fim de que possa ser feito um primeiro contato para ter conhecimento sobre a história daquele paciente, além de se estabelecer o vínculo e a confiança com os profissionais. É a partir desse primeiro contato que o profissional de saúde vai construir uma estratégia que melhor vai atender e oferecer qualidade ao tratamento do usuário.

Esse sistema de serviços substitutivos marcou um avanço enorme da política do SUS - Sistema Único de Saúde. Assim, a política de saúde mental no Brasil visa a desinstitucionalização dos pacientes, realizando essas substituições de serviços. Dentro

da política de saúde mental, os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial devem estar preparados para receber o paciente, assim, deve ser um serviço que tenha qualidade para enviar o paciente de volta para o convívio social, resgatando aqueles vínculos que foram rompidos.

Dessa forma o CAPS - Centro de Atenção Psicossocial não é o único serviço para a saúde mental, podendo ainda encontrar atendimento na rede de atenção básica, residências terapêuticas, ambulatórios, e etc. A atenção básica demonstra que é uma forma considerada mais fácil para se aproximar de famílias de pacientes com transtorno mental, além de ter mais oportunidade na criação de alguma ação de saúde mental. Mesmo que a atenção básica seja um meio importante, estratégico e considerado fácil no atendimento e proximidade do paciente com transtorno mental, nem sempre esse serviço consegue dar apoio e atendimento necessário, assim é de grande importância que se estimule através de políticas a melhora e capacitação desse atendimento, acatando as fundamentações do SUS – Sistema Único de Saúde e os princípios da reforma psiquiátrica.

2.3 – As Ações do Serviço Social na Área da Saúde

O serviço social está inserido na saúde mental desde o período de 1964 com a prática profissional voltada para as instituições infantis, com atuação no COI – Centro de Orientação Juvenil e no COJ – Centro de Orientação Juvenil. Segundo Vasconcelos (2007), em seguida o serviço social é inserido no hospital psiquiátrico com a função de ser a “entrada e saída” dos serviços de saúde para os pacientes.

No hospital psiquiátrico, a função do assistente social, a coleta de dados sociais, encaminhamentos para redes de serviços especializados além de orientação social que visa o acesso e a regularização dos benefícios, como aposentadoria. Porém com a reforma psiquiátrica o assistente social passa a assumir o papel dentro de CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, além de assumir também outras funções da prática profissional, como gestores, planejadores, técnicos e etc.

No âmbito da assistência social, o profissional voltado para a saúde mental passa a atuar em programas de abrigamento de ex-moradores de hospitais psiquiátricos, pessoas em situação de rua com transtorno mental e atualmente passou a atuar também com dependentes químicos que desenvolveram o transtorno mental.

A área de saúde mental traz também para o serviço social a possibilidade de se trabalhar na área sócio jurídica, levantando questões como curatela, interdições e o tema desse trabalho acadêmico, a internação compulsória. No que diz respeito a curatela essa vem a ser o direito a alguém capaz de administrar os bens de não pode se fazer, ou seja, de alguém incapaz. A curatela está prevista no capítulo II do Código Civil. Mais especificadamente no art. 1775 diz quem pode ser curador daquele dito como incapaz, sendo essa curatela temporária ou definitiva.

“Art. 1.775. O cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito.
§1º Na falta do cônjuge ou companheiro, é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto.
§ 2º Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos.
§ 3º Na falta das pessoas mencionadas neste artigo, compete ao juiz a escolha do curador.” (Título IV, capítulo II, Código Civil, 2002).

O movimento de luta antimanicomial proporcionou um debate mais politizado sobre as práticas de saúde mental, conseqüentemente proporcionou a geração de mais empregos a assistentes sociais com contratações a fim de promover novas perspectivas de estudos metodológicos, oferecendo a profissão efetivas formas de intervenção na questão social na área da Saúde Mental.

Um problema na metodologia de serviço social na área de saúde mental é o seu ensino defasado, pois “até o fim dos anos de 1960, as faculdades de Serviço Social eram isoladas e não havia cursos de pós-graduação” (BISNETO, 2009, p. 44) e somente após

a reformulação no ensino, feito pela ditadura militar, foi que essas faculdades de Serviço Social foram agregadas as universidades federais e estaduais.

Na psiquiatria o Serviço Social teve grande repercussão no momento do Movimento de Reconceituação com os debates sobre a metodologia voltados para a fenomenologia e o marxismo. Porém, as escolas de serviço social obtinham tradições marxistas em seus estudos sobre a profissão, o que resultava na aprendizagem mais teórica e evidente da então questão social, dessa forma não era possível o estudo no Brasil, por que a problemática da loucura era marcada pela pobreza e miséria do país marcando questões como a exploração de trabalhadores, questões sobre democracia e distribuição de riquezas, e igualdade de direitos como ditas mais importantes para estudo, resultando na defasagem da saúde mental no Serviço Social.

Por dificuldades já citadas, principalmente na área do estudo, a inserção do assistente social na saúde mental ocorre sem que haja uma sistematização da prática nesse campo. De acordo com Souza (1998) “há indefinição profissional nesse campo de atuação” visto que não se encontrava demanda específica para o Serviço Social devido a precariedade dos usuários.

Para a atuação do assistente social na área de saúde mental, é necessário ainda o diálogo deste conhecimento com outras áreas, como por exemplo, junto da psicologia e da psiquiatria, visto que para o seu trabalho é necessária essa interlocução. O profissional se utiliza do pluralismo para explicar o marxismo e a exclusão do louco, visto que também se utiliza da medicina para entender essa loucura como doença mental. Ao tratar a prática profissional em saúde mental, vemos a necessidade do aprofundamento teórico, ou seja, a realização do estudo, críticas.

CAPÍTULO III

Internação Compulsória

A internação compulsória tem como objetivo intervir na crise do paciente, com o intuito de controlá-la, garantindo a eficácia do tratamento e a segurança do paciente e daqueles a sua volta. É necessário verificar a melhor maneira de garantir a segurança daqueles que possuem o transtorno mental quando estes entram em crise, e perdem sua autonomia, pois quando internados, esses pacientes perdem sua independência, deixando estes muitas vezes em situação de fragilidade.

Para a realização da internação compulsória, são levados em conta alguns critérios, como os direitos do paciente, o “grau” crônico de sua doença e os riscos que causa para si e para os outros. Após analisado essas questões o Estado faz a liberação da internação comunicando o Ministério Público. A internação compulsória está prevista no art. 9º da Lei Nº 10.216/01

“A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários” (ART. 9, Lei de Saúde Mental).

Porém, para o seu acontecimento é necessário que a internação esteja totalmente de acordo com tal lei, principalmente o art. 4º § 1

“A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (ART. 4º/ §1 – Lei de Saúde Mental).

Essa internação é realizada através de decisão judicial, e por ser por vias da justiça, não pode ser questionada. Este tipo de tratamento pode ocorrer quando o paciente em

momento de surto, cometeu crime e foi comprovado seu transtorno mental, ou quando a família solicitou, e neste caso é verificado pelo juiz todas as motivações levadas em conta para a família solicitar tal tratamento, ou quando verificado e provado que o paciente está sofrendo maus tratos ou em situação de insegurança tanto para ele, quanto para os que vivem com ele. Quando realizada a internação compulsória, o Código Penal juntamente com a Lei 10.216, faz exigências para o local em que será realizado o tratamento, em que o mesmo deve ter aparências e características hospitalares, pois assim será garantida a dignidade humana, a humanização do tratamento, e a garantia de reinserção do paciente à sociedade e a família.

3.1 - Luta Antimanicomial versus Internação Compulsória: Cidadania, Periculosidade social e desinstitucionalização.

Ao se falar em internação compulsória, vemos várias questões sobre a retirada da cidadania do paciente, mas nos questionamos qual seria o conceito de cidadania. “Cidadania” vem originalmente do Latim *civitas*, que significa “cidade”. Indica a situação política do indivíduo, esclarecendo a prática de direitos e deveres civis, políticos e sociais. Tendo em vista que os direitos e deveres estão diretamente relacionados, uma vez cumprida nossas obrigações para com a sociedade, temos o direito de exigir que seja propagado que o direito de um termina quando começa o do outro.

Conforme o ideário burguês, para que a cidadania seja exercida de forma congruente, deve-se ter consciência das nossas obrigações e dos nossos direitos para que ambos estejam em pleno exercício. É de competência Nacional preparar o cidadão para prática/execução de cidadania. No Brasil, a cidadania baseia-se na ligação do indivíduo com seus direitos e deveres estabelecidos na Constituição.

Para Marx a democracia é apenas um valor burguês e a igualdade no capitalismo é apenas uma formalidade. Isso se torna ainda mais patente quando se trata de parcelas das classes trabalhadoras em situações de vulnerabilidade tais como aqueles que sofrem de transtorno mental. Sua autonomia, liberdade de escolha é tolhida transformando-o em alguém incapaz perante a sociedade. Quando o paciente é colocado em regime de

internação, não pode vender sua força de trabalho, com isso, Marx afirma que a democracia vem a partir do trabalho, ou seja, a democracia é entendida através da exploração do homem pelo homem. Assimilar a democracia com a cidadania do paciente, em comparação ao que é dito por Marx, é uma forma de expressão política que, através disso, ocasiona a exposição das desigualdades sociais vistas até hoje. A liberdade, quando alcançada, vai além da conquista da democracia, pois para atingi-la plenamente o homem deve ser livre. Marx afirma que este deve alcançar sua emancipação humana, algo que a democracia não pode proporcionar a ele.

Tendo como base o conceito de cidadania, mesmo com todos os limites da sociedade burguesa é observado que durante a internação compulsória é tirado do paciente o seu direito à liberdade possível e, conseqüentemente, vedado o papel de cidadão deste. Mas, por que o paciente em internação não é considerado um cidadão visto que, de acordo com o art. 5º da Constituição Federal de 1988.

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (ART. 5º - Constituição Federal de 1988)

Fundamentando-se nesse conceito, a luta pela cidadania do paciente na saúde mental é um dos suportes para a desinstitucionalização, pois dessa forma é observado que desde os momentos antigos da história o aprisionamento do doente mental o impediu de participar ativamente da vida social, fazendo assim com que seja retirado deste até a cidadania formal e atribuindo-lhe um certo grau de periculosidade.

A partir da luta da cidadania entramos na questão da política nacional de direitos humanos pois vemos que ela bate de frente com a internação compulsória, pois a declaração de direitos humanos para a saúde mental rege regras e princípios para as violações do cuidado com o portador de transtorno mental, tornando o paciente livre para decidir sobre querer ou não o tratamento, tendo também o direito se ser tratado com dignidade como ser humano. O paciente com transtorno mental muitas vezes não tem

acesso a informações ao que se refere aos seus direitos como cidadão, o que agrava as dificuldades que tais pessoas enfrentam, resultando no preconceito ou até a exclusão social. Tal situação configura-se como um obstáculo para o exercício integral desses direitos, pois o desconhecimento faz com que não sejam legitimamentos. Devemos chamar a atenção ainda para política e estratégia de redução de danos que tem sido adotada pelo governo, porém esta virou política de estado, pelo menos no campo da saúde assim ela precisa ser incorporada ao atendimento as pessoas que passam por sofrimento psíquico, principalmente aquelas que sofrem pelo uso de álcool ou drogas.

No que concerne a periculosidade e marginalização do paciente é verificado que o paciente mental pode ser um “louco” perigoso como também pode não ser esse “louco” perigoso, porém o aprisionamento à que ele foi acometido justifica a sua exclusão, como se isso fosse algum tipo de punição a sua doença, ou seja a pessoa é punida de sua doença através da retirada de seus direitos. “Este processo que Basaglia define como criminalização da doença” (BARROS, 1994. 177:178). Sendo assim, quando nos referimos a um doente mental, essa imagem sempre vem associada a alguém de extrema periculosidade e agressividade, mas a prática do encarceramento indica um sofrimento, já que ao se retirar o paciente do ambiente institucional, este consegue superar e aceitar a sua doença através de serviços extra-hospitalares, serviços de atenção psicossocial e auxílio de familiares.

Para a realização da definição de periculosidade social, é necessário a verificação da natureza dessa periculosidade. Como explicado por Foucault e Castel, a periculosidade do paciente psiquiátrico vem generalizada de acordo com a ordem pública, sem que haja a verificação da natureza de seu sofrimento psíquico. Ou seja, todos aqueles que passaram por algum tipo de internação prolongada já é classificado e definido como uma pessoa perigosa.

A medicina teve certa parte de culpa na generalização da definição do doente mental, pois esta considerou a doença mental como incurável, assim tornando ela imprevisível, por consequência mesmo quando o paciente estiver separado da suposta definição de periculosidade, ou seja, do seu momento de crise este deveria permanecer internado. Dessa maneira ao associar a definição de periculosidade social a partir da

medicina, viu-se a necessidade de através da justiça criar ou encontrar um lugar, afastado da sociedade, adequado para se tratar do doente mental.

Um outro ponto de dificuldade no que diz respeito a saúde mental é o grande desamparo social por parte do Estado, ou seja, o Estado não promove intervenção para garantir necessidades básicas, causando grande impacto tanto no paciente quanto na sua família. Com isso, o profissional e o paciente realizarão a reabilitação psicossocial e a inserção em sociedade, visto que esta é uma sociedade excludente e alienada na imagem de que o “louco” é alguém que precisa viver isolado por não ter condições de viver em meio a todos os demais.

Segundo Paulo Amarante, atualmente estamos vivendo um novo momento da luta antimanicomial, o qual é possível se enxergar avanços e retrocessos do que já se havia conseguido. Entre os retrocessos vemos a questão da privatização da saúde, os incentivos a criação de residências terapêuticas e inclusão da internação compulsória na lei de saúde mental. Dentro dos avanços vemos as ações do governo e do ministério da saúde, os investimentos no tratamento do paciente, a criação dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, além do reconhecimento da população que existem outras maneiras de se tratar um doente mental, sem a necessidade de longas internações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado teve como objetivo analisar e comparar o art.9º da Lei de Saúde Mental com a luta antimanicomial, visando os avanços e retrocessos deste momento, a situação do paciente psiquiátrico em relação ao sistema de saúde brasileiro, além de sua situação como cidadão frente ao isolamento que este já sofre com longas internações e observando que a internação compulsória vai de frente como um retrocesso de toda a luta da reforma psiquiátrica.

Para a análise deste estudo foram utilizadas diversas leis direcionadas a saúde mental e decretos além da Constituição Federal, do Código Civil e Penal buscando identificar pontos de divergência entre a luta antimanicomial e a internação compulsória.

A hipótese inicial é de que se faz necessário a desinstitucionalização, e a derrubada dos manicômios ainda existentes, pois com a internação o paciente se vê isolado de todos, onde sua mínima possibilidade de cidadania e liberdade são retiradas e este fica sem perspectiva de manter uma vida em sociedade. A luta antimanicomial, junto a reforma psiquiátrica vem de longa data buscando o fim dos manicômios e lutando pela garantia de direitos e reinserção do paciente em comunidade, sendo que a internação compulsória significa um retrocesso de todo o processo de reforma, já que esta obriga o paciente a ficar em regime de internação.

A internação compulsória é proposta como uma política de saúde no combate as drogas, causadoras, em algumas situações, do desenvolvimento de transtorno mental grave ou persistente. Porém, é necessário ter o entendimento de que essa internação não vai resolver o problema com drogas do indivíduo. O uso das drogas é um processo histórico e depende de várias respostas de políticas públicas que visem o relacionamento e entendimento do usuário com a droga, e não de um modelo de internação que tem caráter de isolamento e encarceramento.

Para além disso, a internação compulsória tem interesses políticos e econômicos para o Estado, pois esta assume uma posição higienista, limpando aqueles que são considerados incapazes para gerar uma renda ao Capital, ou os próprios usuários de drogas com sua retirada de campos urbanos. O paciente que necessitar de internação em geral deve ter a opção de escolher o seu tratamento, ou seja, o paciente deve obter a

autonomia para aderir ou não ao tratamento que lhe é imposto, visto que isto está previsto como princípio universal do Sistema Único de Saúde. Portanto este modelo de internação viola os direitos do indivíduo.

A luta antimanicomial é uma contradição ao que diz respeito à internação compulsória prevista em lei. Uma vez que, para o Estado um cidadão é considerado “louco” que não pode viver em sociedade e que oferece riscos para ele mesmo e para os que vivem ao seu redor, não há coesão em ir contra as instituições que visam garantir a segurança social e individual desse paciente. É plausível o argumento de que o Estado não subsidia os hospitais psiquiátricos da forma como deveria. As condições de trabalho dos servidores e os tratamentos aos assistidos que se encontram em situação vulnerável, são feitos de formas superficiais. Porém, não se deve considerar como solução a extinção dos manicômios, pressupondo que isso acabaria por esgotar totalmente as opções do governo, o qual estabelece a internação compulsória numa tentativa de encobrir esses cidadãos com distúrbio. Contudo, essa tentativa é estabelecida como política pública no tratamento de usuários de crack ou outras drogas, e acaba por interferir nos princípios de todo um período de luta e reforma psiquiátrica até os dias de hoje.

Durante toda a pesquisa foi localizada dificuldade sobre literaturas e estudos acerca da contradição e relação da luta antimanicomial e a internação compulsória, propondo assim mais debates acerca do tema como um todo. Porém na área de Serviço Social foi identificada uma dificuldade maior ainda ao buscar sobre o tema da saúde mental, assim é importante que estes profissionais proponham mais debates e estudos acerca do tema, para assim poder atuar mais fortemente nessa luta e no combate ao isolamento e discriminação com o usuário do serviço de saúde mental.

É necessário que as autoridades parem de ser o maior exemplo de preconceito e marginalização desses cidadãos, e comecem a tratar com a devida importância a questão da saúde mental. A avaliação da eficiência e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, são os primeiros passos, visto que mesmo com o aumento dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial estes ainda são insuficientes para dar conta da demanda da saúde mental e a partir disso compreender a necessidade de uma avaliação caso a caso, sem utilizar a internação compulsória como política pública.

Mesmo com tantas leis, e tantas afirmações de que terá uma atenção voltada para a saúde mental, não é isso que vemos, e enfrentamos muitos desafios para que os direitos dos usuários dos serviços psiquiátricos sejam garantidos. Sendo que esses desafios não partam somente da área da saúde, pois infelizmente a saúde mental ainda passa por diversos tipos de preconceito, não só da sociedade como também da própria família dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, Paulo. **Rumo ao Fim dos Manicômios**. Mente&Cérebro, 2006.
- _____. **Loucos pela vida. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 1998.
- _____. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao Estudo da Reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- _____. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 1994.
- _____. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica**. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro. Jul/Sep, 1995.
- BISNETO, José Augusto. O serviço social na saúde mental. In: **Serviço Social e Saúde Mental: uma Análise Institucional da Prática, SP**, Editora Cortez, 2010.
- _____. **A prática do assistente social na saúde mental**. Editora UFRJ.
- BRASIL, **Constituição Federal de 1988**.
- BRASIL, **Lei nº 10.216/01** – Lei de Saúde Mental
- BRASIL, **Lei nº 3.657/89** - Lei Paulo Delgado
- BRASIL, **Lei nº 10.708/03**
- BRASIL, **Decreto de 28 de maio de 2003**
- BRASIL, **Código Civil de 2002**.
- BRASIL, **Política Nacional de Saúde**. – Ministério da Saúde.

BRASIL, **Política Nacional de Humanização** – Ministério da Saúde.

BRASIL, **Código Penal**,

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS. **Rede de Atenção Psicossocial**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério Público Federal/Procuradoria Federal Dos Direitos do Cidadão. **Cartilha: Direito à Saúde Mental**. Brasília, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)** / Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República - Brasília: SEDH/PR, 2010.

GONÇALVES, Lúcia M. S. Rodrigues. **Saúde Mental e Trabalho Social**. São Paulo. Ed. Cortez, 1983.

GUIMARÃES, Juarez Rocha. **Marxismo e democracia: crítica à razão liberal**. São Paulo. 2008.

JUNIOR, Caio Prado. **Teoria Marxista do conhecimento e método dialético materialista**. São Paulo, 2001.

LOCCOMAN, Luiz. **A polêmica da internação compulsória**. São Paulo, abril de 2012.

MOTAL, Taia Duarte. BARROS, Sônia. **Saúde Mental, Direitos, Cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social**. São Paulo. 2008.

NICÁCIO, Fernanda. AMARANTE, Paulo. BARROS, Denise Dias. **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. Editora Nau. Rio de Janeiro, 2005.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. MELO, Tânia Maria Ferreira Silva. **Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias**. In: Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. VII-VIII, n. 7-8, Dez. 2009.

TONET. Ivo. **Marxismo e Democracia**. Universidade Federal de Alagoas. 2012.

SITES VISITADOS

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Política de Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>>

Avanços e Retrocessos na luta antimanicomial. Disponível em: <<http://brasildefato.com.br/node/12978>>

Código Civil. Capítulo II, Da Curatela. Disponível em:
<<http://www.soleis.com.br/ebooks/civil-142.htm>>

Conceito de Saúde Mental. Disponível em: <<http://conceito.de/saude-mental/>>

Definição de Saúde. Disponível em:
<<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>

Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000800014&script=sci_arttext>

Direito de Família. Curatela. Disponível em:
<<http://abadireitodefamilia.blogspot.com.br/2010/05/curatela.html>>

Humanização – Saúde Mental. Disponível em:
<<http://www.saude.sp.gov.br/humanizacao/areas-tematicas/saude-mental/>>

Internação Compulsória. Disponível em:
<<http://asmego.jusbrasil.com.br/noticias/100385057/a-lei-a-internacao-compulsoria>>

Portal da Saúde. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>

Psiquiatria: Saúde Física e Mental. Disponível em:
<<http://anahounie.weebly.com/>>

Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf>

Saúde Mental e Serviço Social: Acompanhamento Psicológico? Disponível em:
<<http://www.portaleducacao.com.br/pedagogia/artigos/49684/servico-social-e-saude-mental-como-funciona-o-acompanhamento-psicologico>>

Tratamento compulsório e Internações Psiquiátricas. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000600009>