

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DA COERÇÃO À COESÃO

Módulo
Políticas de Saúde Mental
e Direitos Humanos

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretoria do Departamento de Gestão a Educação na Saúde

Secretaria Executiva da Universidade Aberto do SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor Isabela de Carlos Back Giuliano

Chefe do Departamento de Saúde Pública Alcides Milton da Silva

Coordenadora do Curso Fátima Büchele

GRUPO GESTOR

Antonio Fernando Boing

Elza Berger Salema Coelho

Kenya Schmidt Reibnitz

Sheila Rubia Lindner

Rosângela Goulart

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Ana Carolina da Conceição

Daniel Márcio Pinheiro de Lima

Felipe Farias da Silva

Graziella Barbosa Barreiros

Jaqueline Tavares de Assis

Mauro Pioli Rehbein

Mônica Diniz Durães

Patrícia Santana Santos

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros

Roberto Tykanori Kinoshita

EQUIPE TÉCNICA DA UFSC

Douglas Kovaleski
Fatima Büchele
Marta Verdi
Rodrigo Otávio Moretti Pires
Walter Ferreira de Oliveira

ORGANIZAÇÃO DO MÓDULO

Tânia Maris Grigolo
Rodrigo Otávio Moretti-Pires

AUTORIA

Pedro Gabriel Godinho Delgado (unidade 1)
Aldo Zaiden (unidade 2)

REVISORAS INTERNAS

Maria Tais de Melo
Sonia Augusta Leitão Saraiva

REVISORAS FINAIS

Graziella Barbosa Barreiros
Jaqueline Tavares de Assis
Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira

COORDENAÇÃO DE TUTORIA

Fernanda Martinhago

GESTÃO DE MÍDIAS

Marcelo Capillé

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Marialice de Moraes
Coordenação de Produção de Material Andreia Mara Fiala
Design Instrucional Master Jimena de Mello Heredia
Design Instrucional Agnes Sanfelici
Design Gráfico Fabrício Sawczen
Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal
Projeto Editorial Fabrício Sawczen

REVISÃO

Revisão Ortográfica Flávia Goulart
Revisão ABNT Jéssica Natália de Souza dos Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DA COERÇÃO À COESÃO

MÓDULO

POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E DIREITOS HUMANOS

FLORIANÓPOLIS
UFSC
2014

Catálogo elaborado na fonte

D352p Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão.

Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti-Pires [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.
95 p. : il. graf.

Modo de acesso: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>

Conteúdo do módulo: Reforma Psiquiátrica. – Direitos Humanos - Saúdemental e drogas na contemporaneidade brasileira: os direitos humanos comocaminho inevitável de abordagem.

Inclui bibliografia
ISBN:

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Política social. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Educação a distância. I. UFSC. II. Grigolo, Tânia Maris. III. Moretti-Pires, Rodrigo Otávio. IV. Delgado, Pedro Gabriel Godinho. V. Benvindo, Aldo Zaiden. VI. Título.

CDU 616.89

ABERTURA DO MÓDULO

Caro aluno,

É um prazer recebê-lo para o Módulo II - Políticas de Saúde Mental e Direitos Humanos!

Este módulo tem a tarefa de trazer até você o contexto histórico do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que fundou os princípios e diretrizes do campo da atenção psicossocial e que sustenta as práticas de cuidado nessa Rede.

Os fundamentos teóricos e históricos do movimento de Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos são referenciais indispensáveis para a prática em saúde mental. Além disso, eles são a base para que possamos ser atores protagonistas dessas transformações, iniciadas na década de 1970 no Brasil e que ainda não estão terminadas.

Dessa forma, este módulo está constituído de duas unidades. A primeira apresenta a Reforma Psiquiátrica no Brasil, suas influências internacionais, suas diretrizes e importância para o avanço legislativo, político e clínico, apresentando os obstáculos e desafios deste processo. Na segunda, o tema dos Direitos Humanos é tratado como referencial indispensável para o trabalho dos profissionais nesta Rede, visando o combate ao estigma e o exercício da cidadania no cotidiano dos serviços e ações no território.

Convidamos você para, junto com a comunidade, os usuários e seus familiares, contribuir para o aperfeiçoamento dessa política e das práticas de cuidado, construindo, qualificando e questionando todas as formas de exclusão e invalidação social e subjetiva das pessoas com transtornos mentais ou com problemas relacionados ao álcool e outras drogas. Este módulo visa contribuir para a oferta da melhor atenção em Rede, sob a égide dos direitos humanos.

O desafio está lançado!

Tânia Maris Grigolo e Rodrigo Otávio Moretti-Pires

OBJETIVO DO MÓDULO

Apresentar a experiência brasileira da Reforma Psiquiátrica, demonstrando a sua construção histórica e as influências do processo Europeu na Política Brasileira. Apresentar os princípios e diretrizes dos Direitos Humanos dos usuários no campo de saúde mental, álcool e outras drogas.

CARGA HORÁRIA

15 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA	11
1.1. Fases Históricas da Reforma Psiquiátrica.....	11
1.1.1. Primeira Fase da Reforma: a crítica do asilo e da mercantilização da loucura (final dos anos 1970 - início dos anos 1980).....	12
1.1.2. Segunda fase da Reforma: primeiros esforços de desinstitucionalização e criação de ambulatórios; o movimento pela mudança de conceitos e legislação (anos 1980).....	16
1.1.3. Terceira fase da Reforma: construção de uma Política nacional de Saúde Mental(anos de 1990, até a aprovação da lei, em 2001).....	18
1.1.4. Quarta fase da Reforma: implantação de serviços, consolidação da mudança, busca da sustentabilidade técnica e financeira e o caminho da intersetorialidade.....	20
1.2. Premissas Éticas e Teóricas e Diretrizes Gerais da Reforma Psiquiátrica.....	23
1.3. Principais transformações que a Reforma Psiquiátrica produziu..	26
1.4. Resumo da unidade	27
1.5. Leituras complementares	28

UNIDADE 2 – DIREITOS HUMANOS - SAÚDE MENTAL E DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE BRASILEIRA: OS DIREITOS HUMANOS COMO CAMINHO INEVITÁVEL DE ABORDAGEM 31

2.1. Introdução	31
2.2. Por que Direitos Humanos?.....	35
2.2.1. Linhas de Ruptura e Esforços de Continuidade	35
2.2.2. Construindo e incorporando os conceitos de dignidade humana, responsabilidade coletiva, igualdade e solidariedade.....	38
2.3 Direitos Humanos e Saúde Mental: trajetos brasileiros	41
2.3.1.Os movimentos Sociais da Saúde e a apropriação dos Direitos Humanos	41
2.3.2. Das demandas por cidadania e serviços para os Direitos Humanos	42
2.3.3 Direitos que ultrapassam fronteiras.....	45
2.4. Saúde Mental e Drogas: enquadramentos sanitários, jurídicos e desafios para a promoção de direitos	46
2.4.1.Transtornos mentais e os “novos públicos”	46
2.4.2. Direitos Humanos e acúmulos da Reforma Psiquiátrica: discutindo as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias	48
2.5. Reflexões finais: os serviços de saúde mental e as práticas em Direitos Humanos para reafirmar a dignidade humana diante dos “mais diferentes”.....	53
2.6. Resumo da unidade.....	56
2.7. Leituras complementares	57

ENCERRAMENTO DO MÓDULO..... 58

REFERÊNCIAS 59

MINICURRÍCULO DOS AUTORES 63

01

Reforma psiquiátrica



UNIDADE 1 – REFORMA PSIQUIÁTRICA

Ao final desta unidade você será capaz de:

- compreender os pressupostos, as principais determinações históricas e sociais, as fases históricas e as principais transformações na saúde mental ocorridas a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira;
- entender que obstáculos mais importantes a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) enfrenta, quais as críticas mais frequentes que ela recebe e quais as perspectivas da Reforma Psiquiátrica no Brasil para os próximos anos.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é contemporânea a um processo mais amplo: o da Reforma Sanitária, norteadora dos princípios fundadores do Sistema Único de Saúde. Há que se considerar, respeitando suas especificidades, que ambas se constituíram como movimentos sociais ligados à luta por direitos e cidadania no que tange à política de saúde do país.

Leia mais sobre a Reforma Sanitária Brasileira [clikando aqui](#). Preparamos um texto especialmente para esse curso apresentando a Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde.

1.1. FASES HISTÓRICAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Quando falamos em fases ou períodos de um processo histórico, estamos propondo um modo de apresentação que torne mais compreensível a sucessão de acontecimentos, suas causas e consequências. Vamos considerar a RPB em quatro períodos, a partir dos anos 1980.

Tenha sempre em mente que o contexto histórico é dinâmico, e procure fazer um exercício de reconstrução de cada um destes períodos, tentando evocar lembranças de sua vida pessoal e profissional em cada momento.

1.1.1. Primeira Fase da Reforma: a crítica do asilo e da mercantilização da loucura (final dos anos 1970 - início dos anos 1980)

¹ DINSAM era a Divisão Nacional de Saúde Mental, extinta com a criação do SUS em 1990. Denúncias semelhantes ocorreram em São Paulo (Juquery), Minas Gerais (Barbacena), Rio Grande do Sul (Hospital São Pedro) e em diversos estados brasileiros. É preciso lembrar que os grandes hospitais psiquiátricos públicos viviam uma situação crônica de abandono, e abrigavam a população mais pobre, que não tinha direito à previdência social.

No final dos anos 1970, em plena Ditadura Militar, começaram a surgir as primeiras denúncias de violência e abandono de pacientes internados em hospitais psiquiátricos. As denúncias eram gravíssimas: maus tratamentos, morte por doenças evitáveis (como infecções gastrintestinais disseminadas), isolamento, celas-fortes, sedação química excessiva, agressões físicas graves, elevada mortalidade dos internos, internações predominantemente de longa permanência – vários hospitais mantinham pacientes internados por anos a fio. Essas denúncias foram divulgadas inicialmente por profissionais jovens, contratados como

estagiários ou bolsistas para suprir a crônica falta de pessoal nos grandes hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Suas manifestações resultaram em drástica reação do governo, que afastou sumariamente todos os estudantes e profissionais, no episódio que ficou conhecido como “a crise da [DINSAM](#)”.

² Franco Basaglia foi um psiquiatra que promoveu uma importante reforma no sistema de saúde mental italiano. Saiba mais sobre ele em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia

A partir de 1978, o movimento de indignação pelas condições de tratamento ao paciente mental no Brasil foi se tornando cada vez mais forte, resultando em um Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1979, que construiu uma primeira articulação entre jovens trabalhadores de saúde mental dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Minas Gerais. No mesmo ano, a visita de [Franco Basaglia](#)² ao Brasil e a realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com visitas públicas ao Hospital-Colônia de Barbacena

(à época com 3.000 internos, e comparado por Basaglia a um “campo de concentração”), ampliaram a ressonância daquele incipiente movimento social. As primeiras formulações do movimento, cujo nome era Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), baseavam-se na denúncia:

- a) do desrespeito aos direitos humanos dos pacientes;
- b) das condições de trabalho desfavoráveis para os profissionais de saúde mental (não havia concurso público, os trabalhadores tinham contratos ilegais, como “bolsistas”, o ambiente interno dos hospitais era de abandono e confinamento);
- c) da “mercantilização da loucura”.

O desrespeito aos direitos humanos dos pacientes, expresso pela violência e abandono a que eram submetidos nos asilos psiquiátricos, foi, desde o início, o tema dominante das denúncias do MTSM.

Mas, quais eram as razões gerais e os determinantes políticos, econômicos e culturais para esse abandono dos pacientes nos hospitais psiquiátricos?

- a) a ideologia de que tratamento psiquiátrico só poderia ser feito em ambiente hospitalar fechado; de que o louco (doente mental, referindo-se especialmente aos pacientes graves) era incapaz, perigoso e não tinha possibilidade de melhorar o bastante para viver fora do confinamento;
- b) a situação objetiva de completa ausência de alternativas assistenciais fora do hospital (eram raríssimos os ambulatórios, e com baixa efetividade);
- c) a inexistência de uma política de saúde mental de âmbito nacional, na medida em que sequer havia uma política nacional de saúde, pois conviviam dois sistemas que não se comunicavam: os hospitais asilares do Ministério da Saúde (para os chamados

“indigentes”) e as clínicas privadas conveniadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), da Previdência Social (para os “segurados”, isto é, que tinham carteira de trabalho, mas eram, em geral, desempregados urbanos).

Havia, portanto, duas espécies de hospitais psiquiátricos: os públicos estatais, pertencentes ao Ministério da Saúde ou às Secretarias Estaduais de Saúde, e os mais recentes à época, implantados principalmente a partir de 1966, quando ocorreu a unificação da Previdência Social, criando-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), já sob a Ditadura Militar, remunerados pela Previdência para a internação de trabalhadores urbanos. Nos hospitais públicos estatais, em que o modelo asilar de confinamento (longas internações, instituições fechadas, isolamento) era mais evidente, internavam-se, por tempo indeterminado, os pacientes oriundos dos segmentos mais pobres da população, em geral migrantes rurais e desempregados urbanos. Entre eles, certamente figuravam os usuários de álcool e outras drogas. Nos hospitais do INPS (depois INAMPS, a partir de 1974), internavam-se os “novos” pacientes, aqueles que tinham conseguido algum vínculo laboral (carteira assinada) e faziam jus ao benefício do INPS (DELGADO, 1987).

Para a lógica financeira dessas clínicas privadas (mas pagas pelo setor público), era importante ter os leitos sempre ocupados, e o mecanismo de financiamento funcionava como um estímulo a manter o paciente internado por períodos longos. Os dados do sistema mostram que a “taxa de ocupação” era invariavelmente de 100%. Essa lógica mercantilista transformava cada paciente em um “cheque ao portador”, conforme a expressão de um grande crítico do sistema de compra estatal de serviços de saúde, o sanitarista Carlos Gentile de Mello, nos anos 1970. Ocorria, portanto, segundo as críticas do MTSM, uma “mercantilização da loucura”.

Eram dois sistemas, mas com um ponto em comum: só ofereciam, como recurso terapêutico, a internação hospitalar. Portanto, o sistema de atenção em saúde mental era integralmente “hospitalocêntrico”. Por esse motivo, não conseguia oferecer atendimento à maior parte dos pacientes, porque sua única modalidade de tratamento era a internação.

E os ambulatórios? Eram muito raros, ofereciam poucas vagas, sendo em sua maioria anexos aos hospitais, dos quais funcionavam como porta de entrada. Assim era a saúde mental no Brasil até o início dos anos 80.



Reflexão

Você lembra dessa época em que não havia nenhum outro serviço e todas as pessoas consideradas loucas eram enviadas para os hospitais psiquiátricos ou hospícios? Como era isso em sua cidade? Para onde eram enviados os loucos? E as pessoas com problemas relacionados ao consumo de drogas, inclusive o álcool? Para onde iam? Que argumentos sustentavam essa ideia de que “lugar de louco é no hospício”? E o que isso produziu?

1.1.2. Segunda fase da Reforma: primeiros esforços de desinstitucionalização e criação de ambulatórios; o movimento pela mudança de conceitos e legislação (anos 1980)

O desafio do movimento de Reforma era, portanto, denunciar a violência e ineficácia de um sistema assistencial hospitalocêntrico, asilar, que excluía do tratamento a maior parte da população, que transformava a loucura e problemas em função do uso de drogas em mercadoria, e que se ancorava em uma visão preconceituosa e estigmatizante sobre o sofrimento mental.

A Reforma Psiquiátrica, cujo principal ator coletivo até esse momento ainda era o MTSM, tentou enfrentar dois desafios: entrar no sistema asilar para transformá-lo (como ocorreu no caso da Colônia Juliano Moreira e Hospício do Engenho de Dentro, no Rio; Colônia de Juquery, em São Paulo; Hospital São Pedro, em Porto Alegre, além de outras experiências); e ampliar a oferta de atendimento em saúde mental fora dos hospitais, em ambulatórios públicos (o que ocorreu principalmente nos Estados de São Paulo e Minas Gerais, e já vinha ocorrendo desde o final dos anos 1970 no Rio Grande do Sul).

Esse duplo movimento, de “reforma do Asilo” e de ambulatorização, característicos dos anos de 1980, representou algum avanço, mas principalmente tornou possível a consciência dos obstáculos poderosos que a Reforma Psiquiátrica teria que enfrentar. Sem uma ação de âmbito nacional, que tomasse como objeto a mudança dos dois paradigmas, o hospitalocêntrico e o da invalidação social e jurídica do usuário de Saúde Mental, as transformações necessárias na política de saúde mental não seriam atingidas.

Em 1987 dois fatos relevantes ocorreram. Primeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), convocada pelo Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro. Apesar de relativamente pouco representativa, com convocação muito restrita, a I CNSM favoreceu que se ampliassem as articulações pró-reforma em outros estados do Brasil.

O segundo fato relevante foi que, a partir de tais articulações, foi convocado, pelo MTSM, o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, marcado para Bauru, SP, em novembro de 1987. Neste encontro, do qual participaram trabalhadores de saúde mental, usuários, alguns familiares e professores universitários, formularam-se coletivamente as direções políticas e estratégicas para o movimento da Reforma Psiquiátrica. Desde então, adotou-se o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, proposto originalmente pelo movimento internacional Rede de Alternativas à Psiquiatria, originário de alguns países da Europa, como França e Itália. O movimento em defesa da Reforma Psiquiátrica passou a ter outro ator coletivo, que se denominou Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), e que congregava ativamente usuários de serviços de saúde mental.

A experiência italiana, especialmente da região de Trieste, com seus serviços territoriais e as cooperativas de trabalho, exerceu grande influência sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

As alternativas ao modelo hospitalocêntrico foram se construindo, inicialmente com a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, na Rua Itapeva, em São Paulo (SP), e depois com a experiência de Santos, SP. Tais iniciativas foram importantes porque mostraram que era possível fechar um hospital psiquiátrico acusado de maus tratos aos pacientes (a Casa de Saúde Anchieta, 1988) e substituí-lo integralmente por equipamentos comunitários, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), além de leitos de saúde mental em hospital geral.

Em 1989, simbolizando a necessidade de mudança radical dos paradigmas hospitalocêntrico e de invalidação social e jurídica do louco, o de-

putado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, deu entrada na Câmara no projeto de lei da Reforma Psiquiátrica, fruto do debate coletivo e apoiado amplamente pelo movimento social.

1.1.3. Terceira fase da Reforma: construção de uma Política nacional de Saúde Mental (anos de 1990, até a aprovação da lei, em 2001)

Nos anos 1990 as propostas da Reforma Psiquiátrica começaram a fazer parte das orientações da política pública de saúde. A redemocratização do país e a criação do SUS, na Constituinte de 1988, e sua regulamentação em 1990, permitiram à Reforma Psiquiátrica desenvolver sua proposta de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção psicossocial de base comunitária em bases mais institucionais.

O Ministério da Saúde acolheu as sugestões do movimento social, e criou as primeiras regulamentações para serviços comunitários, chamados então de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada amplamente e antecedida de conferências municipais e estaduais, teve a participação expressiva de usuários e familiares, e apoiou as propostas de substituição do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos pela rede aberta de serviços comunitários.



Saiba Mais

A II CNSM, em seu relatório final, apresentou a proposta de que a rede de saúde mental se encarregasse de construir respostas efetivas para a atenção integral aos pacientes com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Até então, o tema do álcool e outras drogas estava ausente do debate da Reforma Psiquiátrica. Porém, apesar da recomendação do relatório final da conferência, não se implantou, na década de 90, uma política para álcool e drogas no âmbito da saúde pública.

Acesse o relatório final da II CNSM em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf

Os anos de 1990 foram marcados ainda pela luta para a aprovação da lei nacional de Reforma Psiquiátrica e pela ampliação das parcerias políticas e ideológicas da Reforma, que buscou aproximar-se das importantes modificações que as políticas públicas passaram a construir a partir da Constituição-Cidadã de 1988: o Estatuto da Criança e Adolescente, os movimentos de direitos humanos para populações vulneráveis, a implantação nacional do SUS.

Como marca importante dessa terceira fase, iniciou-se o processo de redução dos leitos psiquiátricos, a partir de uma fiscalização mais ativa do SUS, por meio do Ministério da Saúde.



Reflexão

Você compreende a definição de hospitalocêntrico e os modelos de atenção em saúde mental? Sugerimos que você pesquise a respeito em bases bibliográficas.

1.1.4. Quarta fase da Reforma: implantação de serviços, consolidação da mudança, busca da sustentabilidade técnica e financeira e o caminho da intersetorialidade

A fase atual do processo político da Reforma inicia-se com:

- a) a aprovação da Lei n. 10.216, em abril de 2001;
- b) a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi um marco na consolidação do ideário da Reforma;
- c) a visão de que as premissas centrais são a “cidadania do louco” (o usuário de serviços de saúde mental); e
- d) a consolidação da rede comunitária e territorial de serviços de saúde mental, incluindo a formulação de uma política do Ministério da Saúde para usuários de álcool e outras drogas.



Link

Acesse o relatório final da III CNSM, importante para a compreensão do processo político da Reforma Psiquiátrica: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsnm.pdf>

Baseado na sustentação política e jurídica da Lei e da III Conferência, o governo federal estabeleceu normas claras de financiamento e organização da rede de serviços comunitários, por meio da Portaria n. 336, de fevereiro de 2002. A Portaria n. 336/2002 definiu as diversas modalidades de CAPS, dentre elas os serviços destinados à população de crianças e adolescentes e aos usuários de álcool e outras drogas. Além disso, apontou o papel dos CAPS na organização da atenção psicossocial no território, definindo que a articulação dos conceitos de Rede e Território deveria ser central para a nova modalidade de atenção comunitária, esta determinada pela Lei n. 10.216/2001.



Link

É importante que você conheça esses documentos que representam bem as principais transformações na saúde mental. Por isso, acesse a Lei n. 10.261/2001 e a Portaria n. 336/2002 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm e em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.

Os CAPS passaram a expandir-se regularmente, com cerca de 150 novos serviços a cada ano, interiorizando-se o acesso ao tratamento para regiões até então completamente descobertas. Em 2004, o Primeiro Congresso Brasileiro de CAPS reuniu 2.000 trabalhadores de todo o país, representando os serviços comunitários que estavam sendo criados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Em 10 anos, de 2001 a 2010, foram incorporados aproximadamente trinta mil novos profissionais aos sistemas municipais de saúde mental, em geral trabalhadores jovens, recém-formados, e que necessitam de supervisão e educação permanente asseguradas.

É uma rede muito extensa, ainda bastante precarizada, cujos principais desafios são:

- sustentabilidade financeira - aporte regular de recursos dos três níveis de gestão do SUS;
- sustentabilidade técnica - assegurar qualificação, supervisão, formação permanente, padrões técnicos de excelência, ampliação da capacidade de acolhimento de novos usuários;
- sustentabilidade política - apoio da gestão pública e da população usuária, e enfrentamento das oposições que a proposta da Reforma enfrenta; e
- sustentabilidade científica - isto é, aprofundar os mecanismos de produção e divulgação do conhecimento científico sobre a saúde mental comunitária no Brasil (BRASIL, 2007; 2011).

Em 2010 foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Inter-setorial, que reafirmou as premissas da Reforma e reconheceu os avanços alcançados, apontando a necessidade de enfrentar novos desafios, especialmente a construção e fortalecimento de parcerias com as políticas sociais de Assistência, Educação, Cultura, Lazer, Direitos Humanos.



Link

Na IV CNSM se apontou a necessidade de enfrentar novos desafios, especialmente a construção e fortalecimento de parcerias com as políticas sociais de Assistência, Educação, Cultura, Lazer, Direitos Humanos. Conheça-os melhor acessando o seu relatório final em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf

Nesse momento, a Saúde Mental já havia assumido definitivamente o cuidado às pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas e um fenômeno era observado: arrefecera consideravelmente no seio da sociedade brasileira a disposição para manter isolados, internados, os loucos. Em contrapartida, se fortalecia uma tendência que ia na contramão da reforma: a ideia de que os usuários de drogas “precisavam” ser internados para se “livrarem” dos problemas por seu uso e, por consequência, “livrarem” a sociedade de suas ações e comportamentos inadequados.

O momento atual é de enfrentar as novas questões que desafiam a consolidação do modelo comunitário de saúde mental e de assegurar as garantias para os direitos de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental.

Um tema importante é saber enfrentar adequadamente a crise de concepções advinda do grave problema das drogas, que suscita contestações ao paradigma da atenção psicossocial comunitária e da autonomia do usuário. Um exemplo desse debate é a intensa crítica que vem recebendo a proposta das internações compulsórias dos usuários de drogas como eixo da política pública.



Reflexão

Como você se mobiliza hoje para aperfeiçoar e defender o SUS e a Reforma Psiquiátrica? Como a Reforma Psiquiátrica se implantou no cotidiano? Em sua cidade as pessoas com transtornos mentais têm direitos de participação e são respeitados? Elas têm assegurado o direito de se tratar no território? Ou continuam sendo encaminhadas para hospitais psiquiátricos longe de sua comunidade? E os usuários de drogas como são tratados?

1.2. PREMISSAS ÉTICAS E TEÓRICAS E DIRETRIZES GERAIS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma, processo histórico complexo, tem implicações amplas, seja para as concepções de tratamento em saúde mental, rede de atenção em saúde, políticas de saúde, direitos dos pacientes, seja para o estatuto jurídico do chamado “louco”, e a visão social sobre o fenômeno do sofrimento mental ou, ainda, com relação às questões relativas ao consumo de drogas.

Sendo assim, seus pressupostos levam em conta várias dimensões:

- a) direitos dos pacientes (usuários de serviços) e seu estatuto jurídico na sociedade democrática;
- b) atenção psicossocial, como caminho para realização do acesso ao tratamento com qualidade, e garantia da autonomia e liberdade;

- c) construção de um “lugar social para a loucura”, para os “desviantes” (como os usuários de drogas), significando o esforço de superação das concepções sociais que ainda sustentam o preconceito, o estigma e a negação da autonomia possível do paciente;
- d) os saberes sobre o sofrimento e o tratamento, apontando a necessidade de uma construção permanente de práticas que aliviem o sofrimento e ampliem a autonomia e o protagonismo dos pacientes.

São pressupostos da Reforma, e algumas de suas diretrizes:

1. Direitos dos usuários – expressos na Lei n. 10.216/2001 e na Declaração dos Direitos do Paciente Mental, da ONU (1991). Destacam-se o direito ao tratamento, a ser informado, a recusar métodos terapêuticos, ao acesso às políticas sociais, ao reconhecimento de sua autonomia como sujeito de direitos. A organização da rede de serviços, as formas de vinculação ao tratamento (voluntária ou obrigatória), as ações de garantia ativa de direitos (como inclusão em programas de trabalho assistido) estão subordinadas a essa premissa maior da Reforma Psiquiátrica.
2. Organização de rede de serviços de base comunitária, abertos, próximos da residência do paciente, e eliminação das formas de tratamento de características asilares ou de confinamento, conforme prevê a lei 10.216. Isto significa uma reformulação completa do modelo hospitalocêntrico, que dominou a assistência em saúde mental no Brasil até o início do século XXI. O Estado deve redirecionar os recursos financeiros e humanos para serviços territoriais e comunitários, reservando ao componente hospitalar (preferentemente em hospitais gerais) uma função complementar, para situações de maior gravidade. As internações devem ser vistas como o último recurso, no atual modelo assistencial.
3. Desinstitucionalização – os pacientes ainda submetidos a formas asilares de tratamento devem ser apoiados para construir alternativas de vida fora das instituições, recebendo para isso o

suporte de moradia (como as residências terapêuticas), financeiro (como o auxílio garantido pela lei que criou o Programa de Volta para Casa, em 2003) e terapêutico (através de equipes de acompanhamento no território). A garantia de uma vida fora das instituições asilares é um pressuposto ético da Reforma Psiquiátrica.

4. Descentralização e ampliação da rede de serviços, com incorporação decisiva da Atenção Básica – é uma diretriz importante da Reforma Psiquiátrica que a Atenção Básica, através dos centros de saúde e da Estratégia Saúde da Família (ESF, designada anteriormente como PSF) e de agentes comunitários de saúde, seja a porta de entrada e ponto de sustentação do cuidado para a maioria dos casos que demandam atendimento.

Para isto, é necessário fortalecer a articulação entre os CAPS e a Atenção Básica, e garantir mecanismos de aperfeiçoamento (supervisão clínico-institucional, formação permanente, construção de um diálogo contínuo com outras políticas sociais, como a assistência e a educação) das ações de saúde mental no território.

5. Desenvolvimento de estratégias ativas de inclusão social, através de ações de trabalho (valendo-se das referências teóricas da Economia Solidária), Cultura, Educação (ampliação do acesso à escolarização para pessoas portadoras de transtornos mentais), Lazer, Esporte. As ações intersetoriais constituem uma premissa importante da Reforma Psiquiátrica.

1.3. PRINCIPAIS TRANSFORMAÇÕES QUE A REFORMA PSIQUIÁTRICA PRODUZIU

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo repleto de desafios. Podemos listar as seguintes transformações:

1. **Mudança do modelo de atenção**, com hegemonia da atenção psicossocial de base comunitária. Os leitos psiquiátricos foram reduzidos (como exemplo, entre 2001 e 2010, ocorreu uma diminuição de 2.500 leitos por ano), e os serviços comunitários – Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas, centros de convivência – foram implantados, de tal modo que o financiamento da saúde mental pública passou a ser crescente, e voltado para os serviços comunitários (SUS, 2010; GONÇALVES; VIEIRA; DELGADO, 2012).
2. **Ampliação do acesso ao tratamento**, especialmente em regiões muito desprovidas de serviços. Tomando o parâmetro de CAPS por 100.000 habitantes, a cobertura no país está em torno de 68% da população com atendimento assegurado através da Atenção Básica, ou organizando CAPS intermunicipais, de abrangência microrregional.
3. **Desenvolvimento de diversas iniciativas de inclusão social** e produção de autonomia para os usuários de serviços de saúde mental, como projetos de geração de renda e cooperativas sociais, e ações culturais disseminadas por várias regiões do país.
4. **Desenvolvimento de um importante campo de reflexões e produção de conhecimento**, o Campo da Atenção Psicossocial, multidisciplinar, baseado nas tradições da Psiquiatria, da Psicologia e Psicanálise, e da Assistência, intersetorial, com importante participação nas universidades e na formação de novos profissionais.

Como vimos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem sido um processo longo, repleto de obstáculos e desafios importantes, mas que tem avançado a olhos vistos e demonstrado sua possibilidade, efetividade e potência para contribuir na construção de um melhor projeto de sociedade.

Todavia, a política nacional para o uso de álcool e outras drogas, que entrou no projeto da reforma a partir de 2001, ainda tem imensos desafios. Se não forem vigorosamente enfrentados, esses desafios podem possibilitar até um retrocesso com relação às conquistas da própria Reforma Psiquiátrica. E, porque não dizer, retrocesso até mesmo em relação ao avanço democrático em nosso país. Ameaçar desse modo a Reforma Psiquiátrica é ameaçar o projeto de sociedade ao qual este movimento está afiliado.

1.4. RESUMO DA UNIDADE

Nesta Unidade, conhecemos um pouco do processo histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É importante considerar o período da história recente do nosso país em que esse processo ocorreu, pois ele acompanha importantes acontecimentos sucedidos há cerca de 30 anos, desde 1978 até agora. Leve em conta as relações da RPb com o processo de redemocratização do Brasil, após o final da ditadura militar, e a construção do projeto de um sistema público universal de saúde. Procure comparar atentamente o que são as características do chamado “modelo asilar” ou “hospitalocêntrico”, com a forma de organização de serviços e as premissas éticas e técnicas da “atenção psicossocial no território”, que é o “modelo” recomendado pela Reforma.

Tome exemplos concretos de serviços públicos de saúde mental, de seu conhecimento, e analise suas potencialidades e dificuldades, considerando que o desafio maior é assegurar o acesso ao tratamento, com qualidade, para as pessoas com sofrimento mental e suas famílias. Leve em conta os aspectos reais do cotidiano dos serviços e do ambiente sociocultural (território) onde o serviço se localiza. Sugerir-

mos a leitura de experiências de construção histórica da saúde mental no SUS, e também diálogos com colegas mais antigos, que possam narrar sua experiência pessoal na transição entre os dois “modelos” de atenção psiquiátrica pública no Brasil.

1.5. LEITURAS COMPLEMENTARES

CAMPOS, F.C.; HENRIQUES, C. M. P. **Contra a maré à beira-mar**: a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta.1996. 251 p.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

ROSA, Guimarães. Soroco, sua mãe, sua filha. In: **Primeiras Histórias**. 9 ed. Rio de Janeiro: José Olympio. 1975.

02

Direitos Humanos - Saúde mental e drogas na contemporaneidade brasileira: os Direitos Humanos como caminho inevitável de abordagem



UNIDADE 2 – DIREITOS HUMANOS - SAÚDE MENTAL E DROGAS NA CON- TEMPORANEIDADE BRASILEIRA: OS DIREITOS HUMANOS COMO CAMI- NHO INEVITÁVEL DE ABORDAGEM

Ao final desta unidade você será capaz de:

- compreender as razões pelas quais os Direitos Humanos são pressupostos orientadores para se abordar as demandas oriundas do fenômeno das drogas e dos transtornos mentais;
- entender que a produção de saúde está ligada à afirmação dos sujeitos em seus direitos, não sendo possível uma separação entre clínica e política. Essa discussão trará elementos importantes para se consolidar ações de cuidado, centradas na promoção da inclusão.

2.1. INTRODUÇÃO

Inúmeras questões nos ocorrem quando as drogas estão no centro do debate. Da mesma forma, um número não desprezível de opiniões sobre os Direitos Humanos circula entre as pessoas (VENTURI, 2010). Inegavelmente são temas importantes para os brasileiros. Eles habitam o imaginário nacional e têm grande poder de revelar discordâncias entre os diferentes atores de nossa cena social.

O consumo de drogas legais ou ilegais está presente em todas as classes sociais, assim como o sofrimento que acompanha possíveis quadros mais severos relacionados ao consumo de drogas, como a dependência química. Contudo, a condição específica dos mais pobres inseridos nessas dinâmicas nos impõe uma reflexão sobre a abordagem diferen-

ciada e o eventual não reconhecimento de tais sujeitos como pessoas. Não raro, são referidos como “zumbis”, “bichos”, “monstros”, entre outros qualificantes de desumanização (PETUCO, 2012). Isso não ocorre da mesma forma entre os usuários de drogas que pertencem a estratos sociais mais privilegiados, apesar do sofrimento que podem vir a vivenciar e partilhar.



Reflexão

Você discorda do que acabamos de afirmar? Se não, pense em alguns exemplos da vida cotidiana que possam corroborar essas ponderações.

A movimentação de grandes parcelas da população no sentido ascendente da pirâmide social ocorrida nos últimos anos no Brasil acabou por evidenciar a existência de um contingente de pessoas extremamente vulneráveis, que, justamente por sua fragilidade, ficaram “para trás” nesse processo de avanços sociais: não tiveram condições de serem inseridas ou aproveitar as oportunidades criadas, desafiando os gestores das políticas públicas (SOUZA, 2009).

Nesse contexto, as drogas, em especial o crack, jogam luz em cenas de miséria urbana que produzem clamor por soluções. E, é certo, temos que pensá-las.

Ocorre que a solução mais imediata e irrefletida é a produção do desmonte dessas cenas pela retirada das pessoas de circulação, colocando-as onde nossos olhos já não veem e os corações já não sentem. A demanda social por intervenções coercitivas, que incluem internações involuntárias ou compulsórias surge desse tipo de reação, e aliviam-se consciências atribuindo-se “poderes mágicos” de cura para justificar atos que, longe de promover solução ou tratamento eficaz, representam, sobretudo, exclusão.

O reconhecimento pelas pesquisas de que as estratégias de segregação não beneficiam aos indivíduos em proporção equivalente à recuperação voluntária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008) não diminuem o ímpeto pelas ações de dissolução à força dessas cenas ou pelo isolamento forçado de usuários de drogas nas mais diversas situações.

Portanto a questão - o quê fazer com as pessoas que usam drogas? – se encontra em disputa na sociedade brasileira, perpassando diferentes pontos de vista sobre as origens da exclusão social e trazendo à tona as mais distintas noções sobre segurança pública e políticas de saúde. Nesse debate se envolvem atores políticos, universidades, gestores, movimentos sociais, cidadãos e trabalhadores. Como vimos anteriormente, a atenção em saúde mental é um processo em constante evolução, historicamente redefinida a partir das experiências dos serviços e das equipes.



Reflexão

Diante disso, como encontrar caminhos para a atuação mais adequada possível? Como evitar abordagens que promovam mais exclusão do que atenção? Quais são os limites de atuação para os profissionais da saúde mental?

No diálogo proposto aqui, entende-se que um dos caminhos a serem percorridos passa necessariamente pela promoção do entendimento quanto à dimensão humana do fenômeno do uso de drogas.

Para tanto, é necessário promover o deslocamento dos olhares centrados nas substâncias consumidas e direcioná-los para as pessoas em seus trajetos históricos, políticos, culturais e econômicos. O olhar voltado para o conteúdo humano do fenômeno depende da aproximação entre os profissionais, gestores e usuários. Com isso, pode-se visualizar melhor o que, de fato, ocorre com eles e quais são suas verdadeiras necessidades.

Mas o que seria necessário para essas mudanças acontecerem? Quais seriam os obstáculos? É importante termos em mente que a aproximação com a realidade dos usuários depende do reconhecimento de tais pessoas como iguais a todos, como pessoas, ainda que diferentes.

Para o reconhecimento da igualdade e suas dimensões, os Direitos Humanos se apresentam como ferramenta inevitável. Assim sendo, constituem-se como caminho para uma abordagem contemporânea do fenômeno das drogas e dos transtornos mentais, com legitimidade histórica e institucional para fazer superar divergências e sensibilizar a sociedade.

Os Direitos Humanos são assegurados por tratados internacionais, pela Constituição Federal, por farto arcabouço jurídico e institucional. Porém, será na atuação da coletividade que tais direitos encontrarão sua principal garantia e efetividade. Esse aspecto confere responsabilidades a todos.

3 Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, (OMS/WHO), da Organização das Nações Unidas, editada em 1946.

A saúde, entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social³, e não apenas a ausência de doença”, supõe que promovê-la é assentar valores de dignidade e solidariedade. Isto passa pelo reconhecimento

das dinâmicas complexas nas quais se inserem as pessoas, todas com nome, sobrenome e história.

Como estamos vendo, os movimentos da saúde no Brasil já têm realizado a passagem dos “loucos”, dos “alienados”, para o lugar social de cidadãos, independente de seus transtornos mentais. Temos, portanto, força e experiência para promover novas viradas na cultura, consolidando entendimentos e acúmulos.

Para aprofundarmos nosso manejo quanto às múltiplas dimensões dos Direitos Humanos, instrumento de trabalho para todos que atuam no campo das políticas públicas, convido você a revisitar alguns trajetos de construção histórica e desafios para a garantia dos Direitos Humanos na área da saúde mental.

2.2. POR QUE DIREITOS HUMANOS?

Como os Direitos Humanos surgiram e por que foi necessário construir esse conceito? Quais são os princípios que os orientam? Para compreendermos isso, realizamos uma reflexão sobre os contextos políticos e históricos em que surgem os Direitos Humanos e como passam a operar nas relações entre os povos, designando novas formas de interação entre as pessoas.

2.2.1. Linhas de Ruptura e Esforços de Continuidade

Como nos lembra a psicanalista Maria Auxiliadora Arantes, “em meados do século XX, a fumaça que pairou sobre os fornos crematórios dos campos de extermínio nazistas tingiu definitivamente os céus que pairam sobre homens e mulheres que habitam o planeta Terra” (ARANTES, 2010).

Terminada a segunda 2ª Guerra Mundial, os povos do mundo inteiro constataram que a barbárie havia superado a civilização. A partir dos campos de extermínio, dos laboratórios nazistas com cobaias huma-

nas e das cidades arrasadas por bombas atômicas no Japão, uma evidência se impôs: o mal prevalecera.

4 “O homem é o lobo do homem” é a tradução de uma sentença latina, criada pelo dramaturgo romano Plauto (254-184 A.C.), “homo homini lupus”, popularizada posteriormente por Thomas Hobbes, filósofo inglês do século XVIII.

Neste ponto da história, os seres humanos foram confrontados com a constatação de que o acúmulo de discussões, acordos e instrumentos jurídicos existentes sobre direitos não haviam sido suficientes para impedir a aniquilação do homem pelo homem. “Os campos não mudaram o homem”, escreveu Hannah Arendt, em 1949, “consequiram destruí-lo e,

de forma sistemática, comprovaram que o homem é o lobo do homem⁴” (ARENDDT, 2006).

Um ato simbólico universal, promovido pelos diferentes povos e nações se fez necessário. E ele teria como missão propor um novo pacto entre as pessoas, tentando reconstruir a dignidade eclipsada. Surge assim a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, da Organização das Nações Unidas (ONU).

Com ela, a humanidade, em ato reparatório, aponta um sentido de convivência e respeito nas relações entre todos os povos, nações e culturas, que atravessam fronteiras e políticas, sendo superiores às leis nacionais.

Não se trata do primeiro documento a consagrar direitos fundamentais na história. Mas a Declaração de 1948, para além da oportunidade e momento em que surge, trará um avanço essencial, que é propriamente seu caráter universal.

A universalidade dos Direitos Humanos, que a partir de então passa a ser um princípio a ser respeitado, designa que “todas as pessoas são sujeitos de direitos simplesmente por serem pessoas, e, portanto, dotadas de dignidade”.

Ou seja, “basta ser pessoa para fazer jus aos direitos reconhecidos, sem discriminação” (SOTTILI; ZYLBERSZTAJN, 2013). Na lógica da universalidade, se determinado direito é reconhecido em determinada sociedade, todas as pessoas daquele grupo são sujeitos daquele direito – não é possível restringir para apenas alguns. A Declaração Universal diz respeito a toda humanidade, todo grupo humano.

Com esse advento, a concepção contemporânea dos Direitos Humanos começou a se constituir, sendo entendidos, a partir de então, como uma conquista histórica a ser defendida pela coletividade.

Este trajeto nos traz a seguinte reflexão, como lembra Flávia Piovesan, “os Direitos Humanos não são um dado, mas um construído, uma invenção humana, em constante processo de construção e reconstrução” (PIOVESAN, 2010). Isso quer dizer que o reconhecimento de direitos varia de acordo com o tempo e a circunstância, conforme o que passa a ser conquistado por esta ou aquela sociedade.

Essas ideias nos ajudam inclusive a responder quais são os direitos que compõem os Direitos Humanos: eles são variáveis, definidos a partir das conquistas e demandas de cada momento histórico, agregando novos direitos e em constante evolução. Isto implica que somos todos atores de seus avanços ou descaminhos.

Por esta mesma razão, considerando as possíveis interferências que os Direitos Humanos podem sofrer, e a importância que tais conquistas representam para a preservação da dignidade humana, é essencial que se opere um segundo princípio dos Direitos Humanos: a inadmissibilidade de retrocessos. “Direito conquistado não se pode perder”!

A contraface dos Direitos Humanos, que são a exclusão, a violência e a não aceitação das diferenças por meio da negação da igualdade, também fazem parte de um processo histórico. A persistência das sociedades na escolha de seus “banidos” é também uma construção cultural, dependente do momento histórico (LOBO, 2008), que resiste como afronta à universalidade dos Direitos Humanos.

O princípio do não-retrocesso indica um sentido de progresso, e aponta para uma contínua evolução dos Direitos Humanos, que devem seguir sustentados pelas pessoas, e como as pessoas, caminhar para frente.

2.2.2. Construindo e incorporando os conceitos de dignidade humana, responsabilidade coletiva, igualdade e solidariedade

A ideia de Direitos Humanos nem sempre existiu – muito no início da reflexão sobre o tema, havia apenas o imaginário dos chamados “direitos naturais”, ou seja, direitos que já nasciam com a pessoa, como virtudes.

Esta concepção foi colocada em cheque pelos diversos exemplos da história em que pessoas foram submetidas à absoluta privação de todos seus direitos sem que isso lhes tirasse sua condição de seres humanos. Afinal, jamais uma pessoa deixa de ser pessoa. Poderiam existir pessoas sem direitos garantidos, e, mesmo assim, seriam pessoas.

Percebe-se, a partir daí, dois aspectos:

1. que a única característica impossível de ser retirada das pessoas é justamente sua condição humana, sinônimo de dignidade humana;
2. que os direitos precisam ser reconhecidos e garantidos pelo outro, pela sociedade. Disto decorre a responsabilidade coletiva.

A responsabilidade coletiva será sempre sustentada pelo reconhecimento do outro em sua condição humana, como igual, o que permite o estabelecimento da solidariedade, motor da preservação coletiva dos Direitos Humanos.

Podemos identificar na história alguns momentos chaves para o reconhecimento de Direitos Humanos, mais especificamente nas sociedades ocidentais. Não são momentos únicos ou isolados, mas eles servem como bons parâmetros para identificar conquistas. A evolução histórica dos Direitos Humanos pode ser dividida em etapas para fins didáticos, mas ao final resultam em um conjunto interdependente e interligado de direitos.

A Independência Americana (1776) e a Revolução Francesa (1789) trouxeram a primeira dimensão dos Direitos Humanos: os direitos civis e políticos. A principal preocupação era garantir a liberdade dos cidadãos e protegê-los dos abusos do Estado. A experiência norte-americana deixou como legado a Declaração de Direitos da Virgínia e a Declaração de Independência, que expressavam o direito à vida, liberdade, propriedade e legalidade. Esses princípios inspiraram a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, resultante da Revolução Francesa, que listou um rol de direitos e prerrogativas frente ao Estado.

Mais adiante na história, a Constituição Mexicana de 1917 foi o primeiro documento oficial a incluir em seu texto uma segunda dimensão de Direitos Humanos: os direitos econômicos e sociais. O documento precedeu por pouco a Constituição de Weimar, de 1919, que marcou o fim da 1ª guerra mundial. Embora já mencionado na Revolução Francesa (1789-1791), foi a partir de então que o princípio da igualdade passou a ser garantido pela estrutura do Estado, doravante designada para a promoção do bem-estar social.

Este tipo de conformação político-institucional é chamada de Estado Social, e guiou a estruturação institucional de diversos países durante o século XX, inclusive o Brasil, que consolida esta dimensão na sua Constituição de 1988. O Estado Social é aquele que deve desenvolver políticas públicas e esforços para promover, consideradas as diferenças sociais, culturais e econômicas existentes entre seus cidadãos, o mais elevado nível de igualdade, por meio da promoção de acesso a oportunidades, promovendo o princípio da comunalidade endossada, do seguro coletivo contra o infortúnio individual e suas consequências, como diria Zygmunt Bauman (2007).

Supera-se com isto uma noção tradicional de igualdade formal. Não basta afirmar que todos são iguais: a igualdade só é possível quando há o reconhecimento das diferenças, cabendo à coletividade, e em especial ao Estado, atuar para fazer cessar qualquer situação de inferiorização da cidadania de qualquer indivíduo do grupo.

2.3 DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL: TRAJETOS BRASILEIROS

Afirmar a igualdade de pessoas diferentes é um dos legados mais importantes da história da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A apropriação do ferramental dos Direitos Humanos pelas instituições e movimento sociais que atuam na área da saúde mental é um processo contínuo e tem permitido estruturar novas dimensões do cuidado, que ultrapassam os serviços de saúde.

2.3.1. Os movimentos Sociais da Saúde e a apropriação dos Direitos Humanos

Se o reconhecimento da dignidade humana das pessoas com transtornos mentais no Brasil pôde ser experimentado por meio da atuação pioneira de Nise da Silveira, já nos anos 1930-40, um movimento por serviços dignos, com força para transformar o cenário nacional, começa com os trabalhadores da saúde, nos fins da década de 1970.

Em janeiro de 1979, no contexto da luta pela Anistia e redemocratização do país, ocorreu em São Paulo, no Instituto Sedes Sapientiae, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O relatório final trouxe: “as lutas pela transformação da saúde e da saúde mental não são isoladas e sim estreitamente vinculadas entre si e às demais lutas sociais.” (AMARANTE; OLIVEIRA, 2004).

E foi na contínua convivência com as dinâmicas em curso na sociedade brasileira, e sempre contando com atores participantes de diversas frentes de disputa política nacional, que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se estabeleceu e derivou em um movimento social antimanicomial.

Um ano após a promulgação da Constituição de 1988, em Santos-SP, ocorreu o importante marco da intervenção na Casa de Saúde Anchieta, uma clínica psiquiátrica privada, com frequentes denúncias

5 Entrevista do autor com Roberto Tykanori, coordenador da Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, participante do processo de intervenção na Clínica Anchieta, em Santos-SP, em 1989.

de violências contra os pacientes, inclusive mortes. Na rua da clínica, então ocupada por profissionais de diversas áreas escalados para cuidar, encaminhar para altas e estabelecer projetos individualizados de atendimento aos pacientes, uma faixa foi pendurada com os seguintes dizeres: “**Pela dignidade humana**”⁵.

Com essa frase, naquele mês de maio, a cidade de Santos foi confrontada com a seguinte experiência: a faixa não dizia respeito apenas aos que estavam ali dentro. O processo de intervenção na clínica defendia a dignidade humana, portanto a dignidade de todos. Cuidar do doente mental encarcerado naquela clínica significava cuidar do humano. Não dizer “pela dignidade dos internos da clínica...” e sim “pela dignidade humana” comunicou o próprio sentido da igualdade que se contrapõe à exclusão da diferença realizada historicamente pelos manicômios. Ali dentro estavam iguais, ainda que diferentes.

O manicômio brasileiro havia, com sua lógica de afastar o diferente, o indesejável, deixado morrer de doenças, fome, frio ou tristeza mais de 60.000 pessoas em apenas um de seus centros, no caso, o Hospital Colônia de Barbacena-MG, que funcionou ao longo do séc. XX (1930-1980) como um verdadeiro campo de concentração (ARBEX, 2013).

As atuações dos movimentos sociais pela saúde mental por serviços dignos prosperaram pelos anos 90 afora, resultando na Lei 10.216, promulgada em 2001, após 12 anos de tramitação cercados de debates.

2.3.2. Das demandas por cidadania e serviços para os Direitos Humanos

A Reforma Psiquiátrica Brasileira se estruturou, inicialmente, a partir da demanda por produzir avanços dos serviços de saúde mental e realizar tratamentos com dignidade. Isso impunha a criação de serviços abertos, localizar os usuários nas dinâmicas das cidades, das fa-

mílias, da comunidade, acabando por promover um lugar de cidadão ao usuário, operando uma mudança no modelo assistencial em saúde, que deveria se humanizar, se democratizar. Eram demandas por avanços sociais, por cidadania, que certamente dialogavam com os Direitos Humanos, mas que ainda funcionavam sob o paradigma e vocabulário político sanitário-psiquiátrico-social.

Os Direitos Humanos se fortalecem como conceito orientador para a Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir do fim dos anos 90 e início dos anos 2000. Alguns fatos podem ser citados para ilustrar esse momento, como a criação, em 1998, da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), e o surgimento de novos movimentos sociais da saúde já voltados nomeadamente à luta pelos Direitos Humanos, os quais vão além dos serviços e mesmo da noção de cidadania, como se verá mais detalhadamente adiante.



Saiba Mais

A Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia realizou atos que marcaram o momento, como a edição da Resolução n. 01/99, que interdita a participação de profissionais de psicologia em processos de cura da homossexualidade, posto que não se trata de doença, em conformidade com a OMS; a Comissão também publicou o livro “A Instituição Sinistra: relatos de mortes violentas em hospitais psiquiátricos no Brasil”, de 2001.

De todo modo, foi a partir da luta de Irene Ximenes Lopes que surgiu um marco que trouxe concretude e consolidou a interação dos Direitos Humanos com a luta da Saúde Mental no Brasil. Inconformada com a morte de seu irmão, Damião Ximenes, torturado e assassinado aos 30 anos, em 1999, quando estava internado em um Hospital Psiquiátrico filiado ao SUS, no município de Sobral, no Ceará, Irene inaugurou uma nova discussão.

6 Além de ser Estado-parte da ONU, o Brasil também integra a OEA. É, pois, membro do sistema regional interamericano de proteção dos direitos humanos, tendo já ratificado a Convenção Americana dos Direitos Humanos de 1969, em 25 de setembro de 1992, bem como outros instrumentos específicos desse sistema. Com a finalidade de salvaguardar os direitos essenciais do ser humano no continente americano, a Convenção instituiu dois órgãos para promover a observância e proteção dos direitos humanos: a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Com a demora injustificada da Justiça em dar uma resposta à família, o assunto foi encaminhado à Corte Interamericana de Direitos Humanos – órgão da Organização dos Estados Americanos (OEA⁶). Foi o primeiro caso contra o Brasil a tramitar na Corte, tornando-se sua sentença condenatória referência para a proteção dos Direitos Humanos no Brasil e, em particular, para a luta contra a violência das instituições totais. O principal ponto da sentença é a criação de garantias de não repetição, a serem traduzidas em políticas públicas de caráter antimanicomial. O ano da sentença foi 2006.

Esse processo, vivenciado em sua escala própria, reconta o surgimento das demandas históricas por Direitos Humanos, que tradicionalmente são respostas ao abuso, à violência, à negação da dignidade humana. A partir do Caso Damião Ximenes, aumenta a urgência em acelerar as ações de desinternação e não segregação em instituições manicomiais, tornadas política de Estado desde a sanção da lei 10.216, em 2001.

Contraditoriamente, foi neste momento da década, entre os anos 2006-2007, que se começou a observar o surgimento de uma percepção alarmada sobre o alastramento do fenômeno do crack no país, que se associa especialmente à população em situação de rua, um novo estigma capaz de justificar novos movimentos de segregação (FORUM CENTRO VIVO, 2008).



Reflexão

O que muda com a passagem feita pelos movimentos sociais, de uma luta por cidadania e serviços para uma luta pelos Direitos Humanos? O que diferencia essas duas dimensões?

2.3.3 Direitos que ultrapassam fronteiras

Cidadania e Direitos de Cidadania dizem respeito à ordem jurídico-política de um determinado Estado, de um país. A lei deste Estado definirá quem é cidadão, que direitos e deveres ele tem de acordo com algumas variáveis, como sua condição de sanidade mental, o fato de estar em dívida com a justiça penal, ter prestado serviço militar etc. Ou seja, os direitos do cidadão não são universais, podendo se modificar conforme as leis dos países e os momentos políticos que promovem tais leis.

No caso específico da saúde mental e seu tratamento pelo Código Civil Brasileiro, é interessante observar as limitações de direitos

7 Código Civil Brasileiro, 2002, Art. 1.767 e Art. 1.777.

que são aplicáveis à pessoa com transtorno mental. Caso sejam consideradas incapazes nos termos da lei⁷, tais pessoas podem viver uma exclusão “oficial”. Decorrente do entendimento de que não são capazes de responder pelos seus atos, passam a não poder exercer direitos de forma autônoma como votar, casar, dirigir, abrir conta em banco, comprar, vender ou mesmo alugar um imóvel etc.

Ainda que o objetivo suposto seja a proteção da pessoa com transtorno mental, a legislação não impede abusos, avaliações equivocadas, contaminadas por preconceitos ou interesses alheios à proteção da pessoa interdita civilmente. Tais procedimentos, não raro, tolgem pessoas com razoável capacidade para decidir sobre seus atos de ocupar um lugar social de cidadão diante do Estado, da sociedade e das leis que nos inscrevem na coletividade.

As demandas por cidadania são absolutamente legítimas, e é certo que a ordem jurídico-política de um Estado se aproximará cada vez mais dos Direitos Humanos o quanto mais democrático este Estado for (BENEVIDES, 1992). No caso de uma pessoa erroneamente interdita, por exemplo, ela pode até não ser uma cidadã plena diante do Estado, mas deverá ter seus Direitos Humanos sempre assegurados, independentemente da lei que a interdita civilmente, inclusive o direito humano à justiça, que lhe confere direito à revisão de seu processo de interdição, se for o caso.

2.4. SAÚDE MENTAL E DROGAS: ENQUADRAMENTOS SANITÁRIOS, JURÍDICOS E DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE DIREITOS

Como sabemos, a questão do uso de drogas ilícitas tende a ser abordada por um viés punitivo e estigmatizante no Brasil e em boa parte do mundo. Isto traz uma responsabilidade especial para nossas atuações cotidianas. Nesse sentido, tanto no campo sanitário como em nosso arcabouço jurídico, temos desafios para afirmar direitos e promover inclusão, rechaçando preconceitos.

2.4.1. Transtornos mentais e os “novos públicos”

As transformações políticas e culturais promovidas pela Reforma Psiquiátrica e demais movimentos participantes do processo de consolidação democrática brasileira pós-período ditatorial (1964-1985) se encontram razoavelmente refletidos em nossa legislação atual. A Lei n. 10.216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, antes centrado nos manicômios. A Lei da Reforma Psiquiátrica tem como objetivo fundamental garantir aos usuários um lugar social de máxima autonomia e reconhecimento como cidadãos.

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece os quadros de dependência química como quadros de transtorno mental, as perspectivas da Reforma Psiquiátrica devem ser estendidas na mesma medida aos usuários de drogas. Não faz sentido criar distinções entre “dependentes químicos” e “pessoas com transtornos mentais”.

Mesmo se levando em conta o amplo espectro de manifestações referidas como transtornos mentais e as variações existentes entre os adoecimentos possíveis em decorrência do consumo de drogas, do ponto de vista da saúde, ambos os públicos são objetos de intervenção dos serviços de saúde mental, ainda que o cuidado não deva se restringir ao campo sanitário.

Afirmar que se trata do mesmo público ganha importância fundamental no contexto atual, em que, conforme se assinalou, há um pendor social por produzir espaços de exceção nos domínios da segurança pública, do direito, da assistência e da saúde para a “questão das drogas”. Os trabalhadores da saúde mental, afirmando sua responsabilidade com estas pessoas, promovem a perspectiva da igualdade, e inserem tais pessoas no avançado processo de acúmulos e compreensões sobre práticas clínicas, éticas e políticas produzidas na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Essa compreensão traz, em si, muitas vantagens para o desenvolvimento dos serviços: não só os usuários se beneficiam destes acúmulos, mas também os trabalhadores encontram referências potentes e consolidadas para dar conta das angústias oriundas das situações que se apresentam no dia a dia do trabalho com este público.

2.4.2. Direitos Humanos e acúmulos da Reforma Psiquiátrica: discutindo as internações voluntárias, involuntárias e compulsórias

Leis, convenções e declarações não se restringem apenas a seus textos, sendo relevante principalmente o que se faz delas. Esta maleabilidade exige atuação dos agentes interessados para garantir os objetivos de tais normativas, sustentar os avanços trazidos e não permitir que haja retrocessos. A lei antimanicomial brasileira não foge a esta regra.

Existem inúmeras dificuldades para a aplicação adequada da Lei n. 10.216/2001. Isto ocorre tanto por desinformação, como por resistência político-cultural aos seus objetivos, enviesando interpretações de seu conteúdo, seja pela saúde, seja pelos Poderes Públicos (Executivo, Legislativo e Judiciário). Note que também são negados aos usuários de drogas direitos garantidos nesta e em diversas outras normativas brasileiras (SKROMOV, 2012).

Neste panorama, o pleito por internações generalizadas para os usuários de drogas torna-se uma realidade que exige respostas coordenadas. No que tange à atuação das áreas da saúde mental, a articulação aprofundada dos serviços com seus territórios é um caminho de ação. Isso significa uma interação cada vez maior dos serviços com os diversos atores presentes no cenário social em que estão implantados.

Muitas experiências Brasil afora refletem o potencial que as equipes de saúde mental têm de sensibilizar seu entorno, seu território (CHIORO et al., 2012). Estabelecem-se parcerias importantes que, aos poucos, conseguem ajudar a superar dificuldades, conflitos com os Poderes Públicos ou mesmo com outras áreas da saúde não apropriadas das dinâmicas e princípios que a proposta de tratamento em liberdade carrega. O diálogo esclarecido se afirma como ferramenta poderosa, e os próprios resultados do trabalho promovem alterações na percepção social sobre as respostas a serem dadas aos problemas de saúde pública.

A Lei n. 10.216/2001 descreve as modalidades possíveis de internação psiquiátrica: as **voluntárias**, as **involuntárias** e as **compulsórias**. Para amparar a compreensão de tais situações, seguem alguns apontamentos com vistas a contribuir no debate:

Qualquer modalidade de internação deve obedecer aos estritos limites definidos pela lei, sendo obrigatoriamente precedida de “laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos” (art. 6º, caput). É vedada a internação, mesmo quando imposta como medida de segurança, sem a recomendação médica de sua real **necessidade**⁸. Neste momento, achamos muito importante lembrar que a diretriz fundamental da política pública aponta para um trabalho desenvolvido em equipe multidisciplinar, em uma lógica interdisciplinar. O que vale dizer que, mesmo que a recomendação médica seja aqui o foco da questão, o trabalho médico não é previsto de forma isolada do trabalho da equipe como um todo.

⁸ Resoluções n. 05/2004 e n. 04/2010 do CNPCP e a Resolução n. 113/2010 do CNJ.

Internações voluntárias são aquelas em que o próprio paciente concorda com esta modalidade de atendimento. Já as **internações involuntárias** são requeridas por familiares ou responsáveis legais, independentemente da vontade do paciente. Por fim, as **internações compulsórias** são determinadas pelo Poder Judiciário. Todas as situações devem ter recomendação médica, obedecer aos prazos e formatos adequados com os princípios da Reforma Psiquiátrica e seguir estritamente os requisitos legais.

Algumas situações específicas definem a necessidade de internação: risco de suicídio ou auto agressividade, paciente em surto psicótico que pode vir a se ferir ou a machucar alguém, por exemplo. Inclusas aqui as situações de maior gravidade envolvendo usuários de drogas. Contudo, essas internações não devem ocorrer em ambientes segregados, estando indicado que sejam feitas em hospitais gerais, afinal são situações que requerem ampla assistência, não somente da área da saúde mental. Devem ter curta ou curtíssima duração. O tratamento propriamente dito, se indicado, deve ocorrer em meio aberto passadas as situações de crise.



Link

Conheça a Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012, que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial acessando o link: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

Um ponto que sustenta o discurso que defende as internações involuntárias e compulsórias como resposta ao fenômeno das drogas é que boa parte das pessoas entendem tais internações como sendo tratamento [adequado](#)⁹. Assim, toda ponderação que questiona a generalização das internações tende a ser confundida com defesa de desassistência.

⁹ Pesquisa do Datafolha divulgada no dia 25 de janeiro de 2012 apontou que 90% dos brasileiros apoiam a internação involuntária de dependentes de crack (Fonte: UOL)

Não se deve confundir situações de “atos involuntários”, previstos em lei para atendimento emergencial, excepcionais e de curta duração (segundo as normativas do Ministério da Saúde e a Lei n. 10.216/2001 - art.4º, caput e § 1º do mesmo artigo), com uma “política baseada em internações involuntárias”. A falta de clareza quanto a esses conceitos prejudica a compreensão sobre o que, de fato, está sendo questionado sob o ponto de vista dos Direitos Humanos e da saúde: as internações generalizadas.

As internações compulsórias, “aquelas determinadas pela justiça” (art. 6º, §3º) foram originalmente dispostas na Lei n. 10.216/2001 para serem restritas às determinações de medidas de segurança (art. 96 e art. 97 do Código Penal). A medida deveria apenas ser aplicada aos réus que cometeram crimes fundamentalmente influenciados pelo seu transtorno mental (DELGADO, 2011).

Atualmente numerosas imposições de medida da internação são realizadas pelo Poder Judiciário a partir de outras interpretações (PFDC-MPF, 2011). As internações compulsórias são determinadas a pacientes sem família: a partir da demanda do Ministério Público ou da Defensoria Pública, o Judiciário exige a internação baseado em laudo da saúde com a indicação. O Judiciário tem atuado ainda na imposição

da medida mesmo nos casos em que o paciente tem família, diferente das hipóteses legais inicialmente previstas.

Outra modalidade de internação que passa por um processo judicial é a decorrente de processos de interdição civil (art. 1.776, I, III, IV e art. 1.777 do Código Civil). Nesse caso, a internação é considerada involuntária.

Diante dessas situações, algumas perguntas surgem, indo além da discussão nos meios jurídicos sobre as possíveis interpretações da legislação.



Reflexão

Qual seria o papel do Judiciário na determinação de medidas de internação compulsória?

No seu cotidiano de trabalho, como se dá a aplicação da lei, quanto às internações voluntárias, involuntárias e compulsórias? Você acha que a lei tem sido adequadamente aplicada?

Os pedidos de internação involuntária, quando são apresentados à autoridade sanitária, tendem, logicamente, a ser tratados a partir das dinâmicas e práticas da área da saúde, que deve operar sob a perspectiva antimanicomial (embora, infelizmente, nem sempre isto aconteça). O Poder Judiciário possui um funcionamento próprio que algumas vezes não tem conhecimento de tais práticas.

Disto resultam muitas interpretações discordantes com as práticas da saúde, notadamente quanto ao disposto no art. 4º da Lei n. 10.216/2001, “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Muitas vezes, o Judiciário não realiza o mesmo tipo de verificação realizado pelas equipes de saúde sobre esta “insuficiência”, o que acaba por enfraquecer o caráter de exceção da medida de internação. Do mesmo modo, a observância sobre a brevidade da medida nem sempre é respeitada.

Também é responsabilidade dos serviços se apropriarem das melhores práticas de garantias de direitos. Sabe-se que internações prolongadas e equivocadas acontecem mesmo sem a atuação do Judiciário. Para evitarmos esses problemas, é imprescindível a contínua formação das equipes e a discussão das práticas nos serviços, incluídos seus gestores, trabalhadores, familiares e usuários.

Ao mesmo tempo, o estabelecimento de diálogo com instâncias do Poder Judiciário, Ministério Público, Conselhos de Direitos, entre outros atores atuantes no território em que operam as equipes é extremamente necessário.

Compartilhar a especificidade da atenção e suas concepções é parte das operações que os serviços e os trabalhadores da saúde mental têm realizado no campo da cultura de defesa dos Direitos Humanos.

2.5. REFLEXÕES FINAIS: OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS EM DIREITOS HUMANOS PARA REAFIRMAR A DIGNIDADE HUMANA DIANTE DOS “MAIS DIFERENTES”

Não é tarefa simples garantir direitos e inclusão às pessoas que se encontram banidas socialmente, eleitas para residir em um não-lugar social. É importante ter claro os sentidos éticos para atuar, podendo com isso influenciar o entorno. Essa tarefa passa pela assunção dos princípios de Direitos Humanos que fundamentam a noção de igualdade.

No caso dos usuários de drogas legais ou ilegais, precisamos ficar atentos para não permitirmos que a eventual avaliação moral dessas pessoas ameace a afirmação de sua igualdade. Interpretações superficiais quanto ao papel do sujeito em seu próprio adoecimento podem corroborar para situações de culpabilização e estigmatização.

O “desejo” deve ser entendido como um processo pessoal agenciado pelo contexto social, histórico e político (DELEUZE; GUATARRI, 1980). Muitas vezes, o próprio modo de operar cuidados no campo da saúde mental sugere uma busca pela “essência” das pessoas, instaurando “uma intimização das formas de viver, onde o indivíduo é ponto de chegada e ponto de partida reafirmando, assim, clássicas dicotomias entre individual x social, externo x interno, desejo x político” (NEVES; JOSEPHSON, 2002). Nestas práticas, noções aparentemente legítimas sobre o “desejo de usar a droga” podem perigosamente derivar para a ideia: “esta pessoa não deseja parar de usar”.

Ocorre que os possíveis julgamentos morais que construímos sobre uma determinada pessoa, justificáveis ou não sob o ponto de vista cultural, jamais podem influir na garantia de seus Direitos Humanos, uma vez que sua condição humana é irrevogável, não importando o que ela tenha feito, como ela é, sua origem etc. Isto decorre da noção de distinção entre condição humana e direitos, consolidada a partir da superação do paradigma dos direitos naturais, que remetiam tais perspectivas à essência de cada um como virtude.

Muitas avaliações morais quanto ao uso de drogas indicam que seu uso é “coisa de vagabundo”, “bandido” ou “sem-vergonhice”. Este tipo de julgamento é estranho ao campo da saúde, mas uma vez que estamos todos inseridos neste mesmo contexto cultural que tradicionalmente enxerga o usuário de forma estigmatizante, devemos nos perguntar sempre se não reproduzimos tais noções, ainda que residualmente, em nossas práticas cotidianas. É bom lembrar, que o trabalhador é parte do contexto sócio-histórico-cultural, não está isento.

As relações entre profissionais, usuários e famílias podem promover ou não os Direitos Humanos e a cidadania: as diferenças estariam na forma de prescrever o cuidado, na participação dos usuários em seus projetos terapêuticos, nas decisões sobre o funcionamento do serviço, no uso da medicação, bem como no exercício destes direitos nas relações familiares e de trabalho.

As lógicas da exclusão e do estigma podem se apresentar por meio de diagnósticos generalizantes, da transmissão de expectativas que se revelam distantes da realidade dos usuários, retirando possibilidades deles e de suas famílias aderirem à atenção oferecida, respeitando suas diferenças. Portanto, é necessário questionar o que queremos, o que esperamos escutar dos usuários, quais são as expectativas institucionais em relação ao progresso e se estas questões não carregam culpabilizações.

As expectativas das equipes, neste sentido, devem ser sensíveis às possibilidades das pessoas, das famílias. Isso passa pela afirmação dos usuários como sujeitos de direitos e olhar para eles além das intervenções da saúde, além do transtorno. É importante considerar as dinâmicas de interação com a cidade, trabalho, família, educação. As melhoras são multidimensionais, passando pelas compreensões de “se sentir apto a trabalhar”, ou “poder voltar a estudar”, “a namorar”, sem necessariamente ter um objetivo único de abandono ao consumo de drogas, ou controle de sintomas relacionados a qualquer transtorno mental.

É, portanto, no encontro das expectativas das equipes com as dos indivíduos e suas famílias, que são constituídos, em conjunto, os projetos terapêuticos. Valorizar a manifestação dos usuários quanto aos seus processos terapêuticos e seus progressos se torna parte do processo de construção deste lugar social usualmente negado, o qual só pode ser feito por meio de uma clínica liberta das amarras morais que desautorizam os usuários a ocuparem seus lugares enquanto cidadãos.

Ter a inclusão social pelo reconhecimento dos Direitos Humanos como diretriz do trabalho é construir um campo de atuação cada vez mais eficaz. Serviços que participam da instituição dos direitos no dia a dia, contribuem para o estabelecimento de uma cultura de solidariedade.

Nessa discussão, vemos que os Direitos Humanos são uma conquista histórica a ser sustentada pelas pessoas, cujas necessidades de direitos correspondem às responsabilidades compartilhadas entre Estado e sociedade.

O trabalhador da saúde, ao se investir da história dos movimentos sociais pela garantia de direitos, fortalece sua posição como cidadão. E, nesse papel, promove o reconhecimento da cidadania dos outros, em um processo dinâmico de autorização social de pessoas usualmente excluídas.

A origem da palavra autorização, advém do termo latino *autorictas*, que era “o poder que detinha o censor romano de fazer existir uma coisa no mundo” (BENVENISTE, 1995). Podemos fazer existir direitos, fazer existir pessoas, fazer existir uma sociedade solidária e temos caminhos para isso.

2.6. RESUMO DA UNIDADE

Vimos nesta unidade que os Direitos Humanos são uma construção histórica, que deve ser garantida pela coletividade. Eles existem para indicar caminhos e limites nas relações entre pessoas, povos e países, estando em contínua evolução. A universalidade dos Direitos Humanos é um princípio que designa que todas as pessoas são sujeitas de direitos, pelos simples fato de serem pessoas. Todos somos iguais, ainda que diferentes.

Essa dimensão é especialmente relevante para o campo da saúde mental, que se relaciona com o “diferente” e as “diferenças” no cotidiano do trabalho. Trata-se, portanto, de uma atuação ética fundamental afirmar a dimensão humana de cada um, independente de diagnósticos, comportamentos, uso de substâncias lícitas ou ilícitas.

Em especial para se pensar a dinâmica das drogas, existe urgência em se aprofundar compreensões sobre a dimensão humana do fenômeno do uso. Isso oferece elementos para a defesa dos direitos humanos,

que não podem ser restringidos a nenhum grupo. A apropriação do ferramental dos Direitos Humanos pelos movimentos sociais da saúde e pelos trabalhadores representa um ganho importante para todos, garantindo melhores caminhos de atenção.

Promover saúde, na lógica dos direitos humanos, significa ir além da lógica estritamente sanitária, muitas vezes centrada na superação da “doença ou transtorno”, para assumir a lógica da busca do bem-estar, físico e social. Todos somos convocados, assim, a participar das discussões que dizem respeito às dimensões das vidas das pessoas, na lógica de participação cidadã e de responsabilidade pela promoção de direitos.

2.7. LEITURAS COMPLEMENTARES

PIOVESAN, Flávia. **Temas de Direitos Humanos**. São Paulo: Max Limonad, 1998.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**, São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ENCERRAMENTO DO MÓDULO

Chegamos ao final do segundo módulo! Esperamos que essa caminhada e resgate da Reforma Psiquiátrica e política de direitos humanos tenha lhe estimulado. O nosso Sistema Único de Saúde é resultado de décadas de discussões e lutas, mobilizações e desafios. Ainda temos desafios a serem superados, sem dúvida, mas numa perspectiva histórica percebemos que os avanços são inegáveis.

Na primeira unidade, foram apresentadas as diversas correntes que modularam a construção histórica do processo de Reforma Psiquiátrica e as influências do processo europeu na política brasileira. Lembramos que se trata, como o módulo aponta, de um processo ainda em construção que depende de todos os profissionais, gestores e sociedade civil.

Na medida em que a temática do presente curso se refere diretamente à questão dos direitos humanos, no segundo módulo trabalhamos os Direitos Humanos como pressupostos orientadores para a abordagem aos fenômenos psíquicos. Também estudamos a luta pelos direitos humanos aos usuários dos serviços de saúde mental, assim como dos usuários dependentes de drogas. Bem, por fim, vale a pena ressaltar que todos nós atuamos no âmbito de um sistema de saúde que tem políticas estruturantes claras, bem definidas e construídas historicamente. Devemos sempre ter claro que temos compromisso com um sistema de saúde inclusivo, universal, integral, equânime, com participação popular e que considera os direitos humanos.

E vamos adiante nos estudos!

Tânia Maris Grigolo e Rodrigo Otávio Moretti-Pires

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo D. C; OLIVEIRA, Walter F.. A saúde integral e a inclusão da atenção psicossocial no SUS: pequena cronologia e análise do movimento de reforma psiquiátrica e perspectivas de integração in **Dynamis Revista Tecnocientífica**, Blumenau, v. 12, n. 47, Edição Especial Atenção psicossocial na Atenção Básica 2, p. 6-21, abr./jun. 2004.

ARANTES, Maria Auxiliadora A. C. **Discurso proferido durante o II Intercambio em Saúde Mental e Direitos Humanos**: Brasil-Argentina, no Centro de Asistencia a las Víctimas del Terrorismo de Estado, Dr. Fernando Ulloa, Buenos Aires, 16 nov. 2010.

ARBEX, Daniela, **Holocausto Brasileiro**, São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARENDT, Hannah. **Origens do Totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

BAUMAN, Zygmunt. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. **A cidadania ativa**. São Paulo: Ática, 1992.

BENVENISTE, E. **O Vocabulário Das Instituições Indo-Europeias**. Campinas: Editora Unicamp, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Ministério da Saúde: Brasília, jan. 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 8, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: jan. 2011.

CAMPOS, F.C.; HENRIQUES, C. M. P. **Contra a maré à beira-mar**: Ed. Hucitec: São Paulo, 1992.

CHIORO, Artur; FURTADO, Lumena A. C.; ROBORTELA, Suzana; ZAPAROLI, Carol. “Política de atenção e prevenção às pessoas em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas no município de São Bernardo do Campo–SP”, in **Drogas e Cidadania**: em debate. Conselho Federal de Psicologia, CFP, Brasília, 2012, p. 53-62.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, F. Milleplatêaux. **Capitalisme et Schizophrenie**. Paris; Les Éditions de Minuit, 1980.

DELGADO, Pedro Gabriel. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, São Paulo: CRP SP, 2011.

DELGADO, P. “Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos)”. In TUNDIS, S. e COSTA, N. **Cidadania e Loucura**. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Ed. Vozes: Petrópolis, 1987.

FORUM CENTRO VIVO (org). Violações dos Direitos Humanos no centro de São Paulo, **Dossiê denúncia**, São Paulo, 2008.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100007&lng=pt&nr_m=iso> Acesso em: 11 fev. 2014.

LOBO, Lília. F. **Os infames da história**: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina. 2008.

NEVES, Cláudia E. A. B.; JOSEPHSON, Sílvia Carvalho. A Crítica como Clínica In: **Texturas da Psicologia- Subjetividade e Política no Contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 99-108.

OMS -ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Principles of Drug Dependence Treatment**. Mar. 2008.

PETUCO, Dênis. “A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro”, in **Drogas e Cidadania: em debate**, P. 19-28, Conselho Federal de Psicologia. CFP, 1ª Edição, Brasília-DF, 2012.

PIOVESAN, Flávia. **“A constitucionalidade do PNDH-3”**. Revista Direitos Humanos 5. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. 2010.

PFDC/MPF - PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001**, Brasília, 2011.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental- **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental** – Brasília, 11 a 15 de Dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213p.

SOTTILI, Rogério; ZYLBERSZTAJN, Joana. “Direitos Humanos e Abordagens aos usuários de drogas”, **Entrelinhas**, ano 8, n. 61, Jan - Fev - Mar 2013.

SOUZA, Jessé de. **A ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SKROMOV, Daniela. **Internação compulsória**: posição contrária. Carta Forense, São Paulo, capa, 01 abr. 2012.

VENTURI, Gustavo. **Direitos Humanos**: Percepções da Opinião Pública: análises de pesquisa nacional. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República, 2010.

MINICURRÍCULO DOS AUTORES

Tânia Maris Grigolo (Organizadora)

Doutora em Psicologia Clínica e Cultura (UnB), Mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina e Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal de Santa Maria. Docente da Faculdade de Ciências Sociais de Florianópolis mantida pelo Complexo de Ensino Superior de Santa Catarina. Tem experiência profissional no campo da Saúde Pública/Saúde Mental. É professora de Pós- Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Atua principalmente nos seguintes temas: Políticas de Saúde e Saúde Mental, Rede de Atenção Psicossocial, Clínica da Atenção Psicossocial, Supervisão clínico-institucional de Centros de Atenção Psicossocial de Transtornos Mentais e Álcool e outras Drogas, Organização e Avaliação de Serviços de Saúde Mental, Educação Permanente e Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e outras drogas.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/3418714031200761>

Rodrigo Otávio Moretti-Pires (Organizador)

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC (2012-2015). Editor Chefe do Periódico “Saúde & Transformação Social/Health & Social Change” (ISSN 2178-7085). Docente do quadro permanente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Especializado em Saúde da Família (Polo de Educação Permanente do Nordeste Paulista/Ministério da Saúde através da EERP/USP). Mestre em Saúde Pública pelo Departamento de Medicina Social (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo). Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Pós-doutorado em pesquisa na temática do uso de Álcool e Drogas

pela CICAD/Organização dos Estados Americanos (através de programa da SENAD e EERP-USP). Credenciado no Programa de Pós-Graduação “Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia”, da Universidade Federal do Amazonas em parceria com a Fiocruz, assim como no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (Departamento de Saúde Pública/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Catarina) para orientar alunos de mestrado. Durante três anos, foi docente da Universidade Federal do Amazonas, do Instituto de Saúde e Biotecnologia, Campus do Médio Solimões, onde desenvolveu atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Formação de Recursos Humanos em Saúde para o Programa de Saúde da Família, pesquisa com o universo conceitual de Paulo Freire no Ensino Superior em Saúde, além de Epidemiologia de Farmacodependências.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/5045216268657919>

Pedro Gabriel Godinho Delgado (Autor Unidade 1)

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora (1975), mestrado em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1983), doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1992) e pós-doutorado na London School of Hygiene and Tropical Medicine, da Universidade de Londres (2008). Foi Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas do Ministério da Saúde, de agosto de 2000 a dezembro de 2010, e presidente da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (2010). É professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas de saúde mental, políticas de saúde mental, saúde mental, tendências, desins-

titucionalização, políticas públicas para atenção em álcool & outras drogas, saúde mental e atenção primária a saúde.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/3492520702749161>

Aldo Zaiden Benvindo (Autor Unidade 2)

Psicólogo pela Universidade de Brasília- UnB, mestre em Ciências Sociais e Especialista em Estudos Comparados sobre as Américas pelo Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas (CEPPAC/UnB). Possui atuação em Políticas Públicas de Saúde Mental, Direitos Humanos e Políticas sobre Drogas, além de atuar no campo clínico . Realizou Residência Clínica em Etnopsiquiatria no Hospital Avicenne, instituição referência para desenvolvimento de dispositivos clínicos em Direitos Humanos e Saúde Mental, em Paris, no âmbito de um acordo interuniversitário entre a Universidade de Brasília e a Université Paris XIII (2003-2005). Foi Coordenador Nacional de Saúde Mental e Combate à Tortura da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e Conselheiro do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), representando o Ministério da Saúde. Atualmente é o Especialista Sênior no Brasil para o projeto Diálogos Setoriais- Estudo sobre Drogas, da União Européia.

Endereço do currículo na plataforma lattes:

<http://lattes.cnpq.br/0171395694895016>



Ministério da
Saúde

**Governo
Federal**