

? 1994. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total *desta* obra, desde que citada a fonte

Tiragem: 20.000 exemplares

Coordenação de Saúde Mental
SAS -Quadra 4 -Bloco N –10º andar
70058-902 -Brasília/DF

Impresso com recursos do Acordo de Cooperação Técnica Brasil/
PNUD -Projeto BRA/90-032 -Desenvolvimento Institucional do
Ministério da Saúde

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

ISBN Nº 85.334.0069-1

Conferência Nacional de Saúde Mental (2. : Brasília :
1992)
**Relatório final da 2ª Conferência Nacional de
Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde,
Secretaria de
Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e
Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental,
1994.
63p.
I. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de
Saúde Mental.

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

RELATÓRIO FINAL

APRESENTAÇÃO	7
Primeira Parte -MARCOS CONCEITUAIS	11
Cap.1- Da Atenção Integral.....	13
Cap.2- Da Cidadania.....	19
Segunda Parte – Atenção à Saúde Mental e Municipalização	22
Cap. 3 – Recomendações Gerais	22
Cap. 4 – Financiamento	25
Cap. 5 – Gerenciamento	31
Cap. 6 – Vigilância	34
Cap. 7 – Dos Trabalhadores de saúde, da Organi- zação do Trabalhadores de Saúde.....	37
Terceira Parte – Direitos e Legislação	41
Cap. 8 – Questões Gerais sobre e Necessária Revisão Legislativa.....	41
Cap. 9 – Direitos Cívicos e Cidadania.....	45
Cap. 10 – Direitos Trabalhistas.....	49
Cap. 11 – Drogas e Legislação.....	53
Cap. 12 – Direitos dos Usuários.....	55

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

A II Conferência Nacional de Saúde Mental tem como indicador de mudança a participação efetiva dos usuários na realização dos trabalhos de grupo, nas plenárias, nos debates e tribunas livres. Esta participação foi responsável pelo surgimento de uma nova dinâmica de organização do trabalho, onde os depoimentos

peçoais, as intervenções culturais e a defesa dos direitos transformaram as relações e as trocas entre todos os participantes.

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

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

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

Os grandes temas sobre os quais se centram as deliberações dos delegados e dos participantes da II Conferência Nacional de Saúde Mental são:

- Rede de atenção em saúde mental;
- Transformação e cumprimento de leis;
- Direito à atenção e direito à cidadania.

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

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

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

Comissão Executiva da II CNSM

Brasília, junho de 1993

Primeira Parte

MARCOS CONCEITUAIS

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

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

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

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

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

É necessário, pois, construir:

-mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico;

-diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental;

-uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas.

Capítulo 1 - Da Atenção Integral

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Deve ser proibida a existência de escolas especiais e de centros de atendimento exclusivo para deficientes, abrindo-se os já existentes para a comunidade

em geral, considerando-se fundamental a desinstitucionalização e enfrentamento da segregação.

Os centros de convivência não devem favorecer a formação de guetos, e devem ter por princípio básico de funcionamento a convivência dos diferentes (portadores de deficiência, de transtornos mentais e a população em geral), através de oficinas culturais e terapêuticas que promovam o exercício da cidadania de seus usuários. Dessa forma, estará possibilitada a criação de uma nova cultura de investimento que viabilize programas de saúde mental, tais como projetos de trabalho, de lazer, culturais, associações de usuários, de familiares e outros.

Recursos Informais, Família, Comunidade

- Articular os recursos existentes na comunidade, favorecendo a integração do usuário dos serviços de saúde.

- Fortalecer todos os movimentos identificados com as novas reformas da saúde.

- Valorizar e incentivar a atenção informal em saúde mental desenvolvida por religiosos, grupos de auto-ajuda, organização de familiares, organização de pais e outras, que respondem cada vez mais às necessidades de grande parte da população, efetivando uma interação democrática com os recursos formais dentro da nova política de atenção à saúde mental.

- Promover a criação de grupos de ajuda mútua entre usuários e trabalhadores de saúde mental, afim de conseguir melhor resolução nas ações de saúde coletiva.

- Evitar culpabilizar o usuário e sua família, e promover o atendimento integrado da família inserida no contexto comunitário e social.

- Mobilizar a comunidade para que esta se organize e faça pressão junto aos municípios, estados e autoridades concernentes, objetivando criar pensões públicas que atendam ao modelo de atenção em saúde mental proposto.

Trabalhadores: Organização do Trabalho, Capacitação e Investigação

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

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

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

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

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

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

16

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

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

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

Capítulo 2 -Da Cidadania

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

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

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

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

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

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

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

Legislação

Substituir a terminologia "Legislação Psiquiátrica" por "Legislação em Saúde Mental".

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

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

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

Informação, Divulgação, Educação

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

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

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

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

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

a) realização de fóruns, envolvendo a comunidade, a família e os trabalhadores de saúde mental, visando difundir o novo enfoque ao modelo de atenção em saúde mental, com a divulgação intensiva nos meios de comunicação de massa (TV, rádios, jornais etc.) ;

b)acompanhamento direto deste processo pelos serviços, num programa amplo de saúde mental.

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

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

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

Segunda Parte

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E MUNICIPALIZAÇÃO

Capítulo 3 -Recomendações Gerais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 4 - Financiamento

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

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

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

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

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

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

- estabelecer o sistema de financiamento misto SIA/SUS e SIH/ SUS para os serviços congêneres: hospital-dia, núcleos e centros de atenção psicossocial, reunidos sob o mesmo código de financiamento, incluindo a designação genérica de Unidade Ambulatorial de Atenção Intensiva em Saúde Mental, com a intenção de contemplar as iniciativas ambulatoriais de cuidados em unidades públicas, nos municípios;
- condicionar o credenciamento de hospitais-dia e congêneres da iniciativa privada à redução concomitante do número de leitos psiquiátricos privados contratados;
- exigir que os serviços de emergência psiquiátrica funcionem exclusivamente junto aos hospitais gerais e/ou unidades mistas;
- estabelecer prazo para reverter o modelo hospitalocêntrico, adotando a seguinte forma de utilização das AIHs para o pagamento de serviços prestados por hospitais psiquiátricos:

- a) como medida transitória. em substituição às AIHs existentes, criar AIHs referentes a períodos mais curtos de internação (5, 10, 15 dias), incentivando-se curtas internações, sendo necessário aumentar o número de AIHs provisoriamente, sem aumentar a capacidade de internação dos hospitais.

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

-AIH.1 - a partir de 1993 a rede hospitalar poderá utilizar apenas duas AIH.1 por paciente/ano, ou seu equivalente em AIH.5 de curta duração;

-AIH.5 - estabelecer prazo de três anos para a extinção progressiva da utilização de AIH.5 por hospitais psiquiátricos, utilizando-se os recursos referentes às mesmas no financiamento de Lares Abrigados para usuários de longa permanência e

moradores dos hospitais psiquiátricos, sob responsabilidade provisória da Secretaria de Estado da Saúde.

b) a extinção gradativa das AIH.5 por hospitais psiquiátricos, por anos, deverá ocorrer da seguinte forma:

1993- Pagamento máximo de 120 diárias por AIH.5;

1994- Pagamento máximo de 90 diárias por AIH.5;

1995- Pagamento máximo de 60 diárias por AIH.5.

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

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

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

Não proceder a nenhuma alteração no sistema de financiamento (outros indicadores de reajuste, critérios etc.) sem a constituição de um grupo de trabalho paritário e mediante consenso no

Colegiado de Coordenadores Estaduais de Saúde Mental, junto à Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

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

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

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

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

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

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

Impedir o financiamento da internação de alcoolistas em hospitais psiquiátricos ou centros especializados, garantindo-se, quando necessário, a internação

dos mesmos em hospital geral e assistência global nos serviços de saúde, estimulando-se os grupos de ajuda mútua.

Possibilitar aos serviços de saúde mental regulamentados pela Portaria n. 189/91, do Ministério da Saúde, a captação de recursos da iniciativa privada, através de incentivos fiscais.

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

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

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

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

Capítulo 5 - Gerenciamento

Extinguir o INAMPS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intervir, desapropriar ou expropriar, através do Poder Público, os serviços de natureza privada necessários ao alcance dos objetivos do SUS. Enquanto não se atingir a necessária meta da estatização, os prestadores e produtores de bens e serviços sofrerão controle em seus procedimentos operacionais e direcionamento em suas ações no campo da saúde, devendo ser regidos por contratos de direito público, garantindo-se o controle dos usuários através de seus segmentos organizados.

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

Capítulo 6 –Vigilância

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capacitar pessoal em todos os níveis do SUS.

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

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

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

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

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

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

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

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

Recomendar à Universidade e demais órgãos formadores:

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

Organização do Trabalho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pesquisa

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

Terceira Parte

DIREITOS E LEGISLAÇÃO

Capítulo 8-Questões gerais sobre a revisão legal Necessária

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

- a) revogar o Decreto no 24.559, de 3 de julho de 1934;
- b) regulamentar as Leis Orgânicas Municipais no que diz respeito a atenção à Saúde Mental.

Além destas revisões, deve-se:

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

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

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

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

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

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

Garantir e regulamentar nas legislações nacionais, estaduais e municipais que, na desativação de leitos em hospitais psiquiátricos públicos, seja assegurada a oferta concomitante de serviços extra-hospitalares compatíveis com as

necessidades daquela clientela, respeitadas as características regionais e o direito à assistência, e evitando-se a negligência e o abandono social.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo. 9 - Direitos civis e cidadania

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Criar normas, leis e regulamentos que exijam das instituições prestadoras de serviços de saúde a garantia de respeito aos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos. Caberá aos órgãos públicos, especialmente ao Ministério Público

e às autoridades sanitárias e Conselhos de Saúde, a fiscalização e vistoria desses estabelecimentos para a garantia de tais direitos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo. 10 - Direitos Trabalhistas

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

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

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

- a) diminuição do tempo de exposição dos trabalhadores às condições de fadiga e tensão psíquica, através da diminuição das jornadas de trabalho e do aumento do período de tempo livre (folgas e férias), de acordo com a natureza das atividades;
- b) períodos de descanso durante a jornada cotidiana, destinados também a permitir a preservação da atividade mental autônoma. Tais intervalos deverão ser em número e duração suficientes para tais finalidades, em conformidade com as necessidades determinadas pela carga de trabalho exigida em cada posto, evitando as patologias do tipo Lesões por Esforços Repetidos (LER);
- c) em se tratando de atividades reconhecidas como especialmente desgastantes do ponto de vista psíquico, diversificar estas atividades;
- d) para a prevenção da fadiga mental será obrigatória, sempre que solicitada pelos trabalhadores - através de seus sindicatos, comissões de fábricas, Comitê de Saúde ou Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) - a formação de grupos de avaliação dos condicionantes de fadiga e de tensão psíquica. Tais grupos deverão ser constituídos, paritariamente, por técnicos especializados e trabalhadores do local, devendo, necessariamente, ao final dos estudos, formular sugestões para modificações cuja implantação deverá ser acompanhada pelos trabalhadores, em todas as suas etapas;
- e) os prazos e as alternativas de modificação das condições organizacionais e ambientais deverão ser objeto de negociação entre empresas e trabalhadores;
- f) a duração normal do trabalho, para os empregados que trabalham em regime de turnos alternados e para os que trabalham em horário fixo noturno, não poderá exceder 35 horas semanais;
- g) a preservação do emprego aos trabalhadores alcoolistas, drogaditos e portadores de transtornos mentais deve ser assegurada com garantia de estabilidade no emprego por 12 meses após o retorno ao trabalho, penalizando-se as empresas e empregadores que desrespeitarem a lei e garantindo-se que nenhuma outra dependência cause exclusão do trabalho.

Além disso, deve-se:

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

Capítulo 11 - Drogas e Legislação

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

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

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

Propor a suspensão da tramitação do projeto de lei n. 1.873/ 92, do deputado Elias Murad, que trata do uso e tráfico de drogas, até que seja amplamente discutido pela sociedade organizada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 12- Direitos dos Usuários

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

consentimento, e de que o tratamento é o que melhor atende às necessidades de saúde do usuário.

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

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

a) que quando necessário, a internação deverá se dar em hospital geral, em enfermaria clínica geral para desintoxicação ou centros especializados em alcoolismo;

b) assistência global nos serviços territoriais de saúde;

c) alternativa de tratá-los em grupos de auto-ajuda (AA., outros).

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

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

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

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

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

INSTITUIÇÃO/ REPRESENTAÇÃO

Ministério da Saúde

REPRESENTANTE/ENTIDADE

Eliane Maria Fleury Seidl

Domingos Sávio do Nascimento Alves
-Coordenação de Saúde Mental

Secretarias Estaduais de Saúde/
CONASS

Antônia Brandão Cipola
-SP -Sudeste

Antônio de Almeida Miranda
-GO -Centro-Oeste

Antônio Quinto Neto
-RS -Sul

Benedito Paulo Bezerra
-PA -Norte

Nilson de Moura Fé
-CE -Nordeste 1

Volusi Rocha Ugá Câmara
-AL -Nordeste 2

Secretarias Municipais de Saúde/
CONASEMS

Cássia Guimarães Costa
-João Monlevade- MG

Euzébio Finkler
-Novo Hamburgo -RS.

Flávio Resmini
-São Lourenço do Sul –RS

Nacile Daud Júnior
-São Paulo -SP

Roberto Tikanori Kinoshita
-Santos -SP

Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental

José Adão Pinto
-SOS Saúde Mental -SP

Maria das Graças Fernandes
-SOSINTRA -RJ

Prestadores Privados de Serviços

Milton Marques Medeiros
-Federação Bras.de Hospitais

Sílio Andrade
-Federação Bras.de Hospitais

Movimentos Sociais da Área de Saúde Mental

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

Plenária Nacional de Entidades de Saúde

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

Associação de Classe: Organização Nacional

William Dunningham
-Assoc. Bras.de Psiquiatria

Coordenador da Comissão Organizadora da II Conferência Nacional de Saúde Mental
Domingos Sávio do N. Alves