

SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DO DIREITO SANITÁRIO

Tânia Maria Nava Marchewka ()*

1. INTRODUÇÃO

A política de saúde mental nos últimos dez anos tem sido alvo de atenção e objeto de profundas discussões no âmbito governamental. A *crise* de paradigma na área da psiquiatria repercutiu pelos meios de comunicação e ganhou foro de questão prioritária para a sociedade brasileira com a promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

O grande enfoque desta reflexão será a apresentação do problema no âmbito do direito, o qual deve convergir para garantir a proteção do ser humano. As questões dos direitos humanos do portador de transtorno mental são articuladas no âmbito atual das reformas sanitária e psiquiátrica, em respeito à dignidade do homem.

É de se entender que o aspecto de abrangência da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90), juntamente com a Lei nº 8.142/90, criando os Conselhos e Conferências de Saúde, bem como implementando os instrumentos de controle social das políticas de saúde, envolveu o Ministério Público com as práticas de saúde no Brasil, especialmente face às reformas sanitária e psiquiátrica. Mas, desde logo, sabe-se que este trabalho não esgota a problemática, devido à complexidade das políticas existentes. Procuramos tornar concretos nossos compromissos com os direitos humanos dos socialmente discriminados, priorizando os princípios, direitos e garantias inscritos na Constituição Federal de 1988, com a integração do sistema jurídico no contexto das demais áreas do conhecimento preocupadas com a cidadania e a dignidade do doente mental.

Experimenta-se na contemporaneidade um processo de conflituosidade coletivo, de massificação das demandas, de uma nova dimensão das necessidades e relações humanas. O traçado das políticas públicas, das normas positivadas e das organizações estatais fulcrado no perfil individualista, que tem como parâmetro o Estado liberal, encontra-se desatualizado, obsoleto, ineficiente e estéril, frente às demandas da sociedade de hoje. As carências não se situam mais no plano puramente individual, hoje se espraiam por toda a coletividade.¹

(*) *Procuradora de Justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), Doutorado em Direito, Justiça e Sociedade, Mestrado em Direito Penal (Universidade Gama Filho/RJ), Especialização em Gestão em Serviços de Saúde Mental (Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares do Núcleo de Saúde Pública da Universidade de Brasília (UnB), Curso de Especialização em Direito Sanitário da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília e Escola de Saúde Pública/Fiocruz. Curso de Especialização em Saúde Mental e Qualidade de Vida no Hospital Geral-Escola Paulista de Medicina - Unifesp. Professora de Direito Penal da Universidade Gama Filho/RJ e Direito Penal e Criminologia do Uniceub /Faculdade Alvorada Direito Penal, em Brasília-DF.*

O nosso propósito é levantar algumas questões sobre os movimentos sociais no Brasil, notadamente no que diz respeito ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, tendo como pano de fundo a estrutura teórica da Psiquiatria Democrática de Basaglia, para fundamentar a garantia da defesa dos direitos e da cidadania do portador de transtorno mental, com a implementação da Lei nº 10.216/2001.

Assim serão suscitadas questões de interesse acadêmico ou profissional, como consequência direta da franca reflexão que nos propomos sobre o assunto, pois está inscrita num processo objetivo de transformação da prática psiquiátrica, envolvendo profissionais da saúde mental e do direito que acreditam num Estado de Direito Democrático e Social, bem como numa psiquiatria democrática e alternativa, comprometendo-se, portanto, com esta luta.

Com uma compreensão mais abrangente, é possível reconhecer, dentro do ordenamento jurídico vigente, o direito emergente dos movimentos sociais, no qual surge o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que se organiza e articula para conquistar o acesso à cidadania dos doentes mentais, criando direitos decorrentes de suas ações políticas perante o Estado. Isso decorre da própria Constituição Federal Brasileira.

2. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A proposta deste capítulo é avaliar como anda o sistema de saúde no Brasil, bem como o que tem acontecido e como vem sendo disciplinada a implantação progressiva do Sistema Único de Saúde, durante o processo de democratização do Estado brasileiro, após se consolidar a ruptura com o regime autoritário militar iniciado em 1964. Este fato causa um considerável impacto, especialmente na esfera dos direitos fundamentais e nas políticas públicas de saúde, e reflete a importância da nova democracia compreendida no cotidiano da sociedade civil brasileira na atualidade.

Após o longo período de regime militar que perdurou de 1964 a 1985 no país, deflagra-se o processo de democratização no Brasil. Flávia Piovesan (1997) sintetiza o assunto, citando Luciano Martins:

o regime militar revogou direitos constitucionais, civis e políticos; suprimiu ou censurou canais de representação de interesses; estabeleceu uma ditadura do Poder Executivo sobre os poderes da República (Legislativo e Judiciário) e da Federação (Estados). Isto foi alcançado fundamentalmente através do Ato Institucional Nº 5 (1968) e seus sucessores. Pela primeira vez, desde a Proclamação da República (1889), as Forças Armadas, agindo como instituição,

tomaram controle direto das principais funções governamentais; houve uma parcial abolição das práticas corporativas, mediante a introdução de atores não burocráticos que obtiveram o controle no processo de decisão; houve ainda a criação de um extensivo *aparato de inteligência para efetuar o controle ideológico*. Nesse sentido, consultar *The liberalization of authoritarian rule in Brazil*, In: Guillermo O'Donnell & Philippe C. Schmitter e Laurence Whitehead, *Transitions from authoritarian rule: Latin America, Baltimore. The John Hopkins University Press, 1986, p.77*).

Por sua vez, Elias² enfatiza que “o período de 1964 a 1975 é marcado pelo que se poderia denominar de desenvolvimento sem democracia, quando então tem início o processo de transição democrática”. Afirma ainda o referido autor que, no período militar autoritário, nos setores de bens de consumo coletivo, como é o caso da saúde e da educação, ocorre uma ampliação das políticas sociais, através de um processo acelerado de privatização destes setores. Informa que, ao mesmo tempo, já em meados da década de 70, o Brasil assiste a um vigoroso movimento de setores da sociedade civil para a democratização da saúde, entendida como direito universal garantido pelo Estado e sob controle público.

Ainda que este processo tenha-se iniciado pela liberação política do próprio regime autoritário, as forças de oposição da sociedade civil se beneficiaram da abertura, fortalecendo-se mediante formas de organização, mobilização e articulação, que permitiram importantes conquistas sociais e políticas. Portanto, a transição democrática possibilitou a implementação de reformas no sistema de saúde, porém seguindo os princípios da racionalidade econômica e desconsiderando os impactos sociais que deveriam vir no bojo destas reformas.

A história do sistema de saúde referente à década de 70 foi um período extremamente marcante, no sentido de aproximar as políticas públicas das reais necessidades sociais. Elias (2002)³ enfatiza que, em relação às políticas sociais, acentuava-se o caráter centralizado no âmbito federal:

A partir de meados da década de 70, o país assiste a um vigoroso movimento de setores da sociedade civil para a democratização da saúde, entendida como direito universal garantido pelo Estado e sob controle público (...). O período de 1964 a 1975 é marcado pelo que se poderia denominar de desenvolvimento sem democracia, quando então tem início o processo de transição democrática.

O CONTEXTO POLÍTICO E ECONÔMICO

No período de 80 a 90, as políticas de saúde no Brasil foram geradas dentro de um contexto de profunda crise econômica no país. A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, trouxe avanços institucionais importantes para a consolidação da cidadania. Entretanto, estas conquistas não se efetivaram na área da saúde, porque a lógica predominante é a da articulação do capital privado com a base de financiamento formada pelos recursos do sistema de proteção social. Elias (2002)⁴ adota uma posição severa diante destas políticas de saúde:

A onda econômica neoliberal, originada da década de 1980 promove a difusão de uma nova concepção de políticas públicas, em que estas perdem suas identidades sob o domínio da política macroeconômica. Com isso joga-se por terra qualquer princípio de solidariedade (...). As formas de financiamento dos Sistemas Nacionais de Saúde são eleitas como aspectos centrais destas políticas. Isso resulta em situações extremamente perversas em que a obsessão pelo equilíbrio fiscal sacrifica as políticas sociais.

O Estado brasileiro, com suas alianças e grau de submissão ou dependência aos setores mais poderosos e dinâmicos da economia, cedeu, com razoável frequência, às pressões externas. Segundo Ribeiro (1993)⁵, com a cumplicidade oportunista dos seus quadros, submeteu a débil democracia brasileira a uma longa quarentena. A militarização não só determinou uma intervenção autoritária e prolongada, como impôs um tipo de desenvolvimento cujos desdobramentos e conseqüências sobre a vida econômica, política e social marcaram a história brasileira.

Para Ribeiro (1993)⁶, foi através da tutela militar que a República cumpriu um importante papel no tipo de desenvolvimento dependente. Como conseqüência, alargou o fosso entre sociedade civil e Estado, fazendo deste senhor e intérprete de vontade própria. Nessa trajetória, as políticas do Estado brasileiro não podem ser interpretadas como resultantes das vontades, cujo processo teve vários e grandes beneficiários externos e internos e muitos perdedores.

Para o referido autor, o período tutelado resultou num processo de transição que desembocou na democracia representativa. Entretanto, o Estado brasileiro, quando autoritário e sob tutela militar direta entre 1964 e 1988, exerceu suas políticas e práticas que não cumpriram uma trajetória reta, obrigadas a assumir sinuosidade e desvios, conseqüências do entrechoque das forças que atuavam no seu interior e também dessas forças com classes e segmentos sociais, uns mais excluídos que outros.

Rezende⁷, ao discorrer amplamente sob o panorama da História da Reforma Sanitária, relaciona o processo de surgimento do Movimento Sanitário como precursor da implementação do Sistema Único de Saúde. Com isso, acentua a passagem do processo de democratização no país, especialmente os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. Analisa todo o processo constituinte na época no que tange às questões da saúde, reconhecendo que os profissionais do Direito não tiveram participação destes movimentos, apesar de haver participação de representantes de diversos segmentos da sociedade.

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Procuramos contextualizar o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, especialmente, no período de 80 a 90, quando se percebe uma profunda crise econômica que, apesar de coincidir com o processo de redemocratização do país, comprometeu política e institucionalmente a sociedade.

Nesse cenário político, foi gerado os princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileira, tendo como marcos de grande relevância a VIII e X Conferência Nacional de Saúde, bem como a I Conferência Nacional de Saúde Mental. As intervenções em órgãos públicos e privados, os movimentos sociais dos profissionais de saúde mental, bem como os dos usuários e familiares desses serviços desencadearam este processo modernizador e democrático que vem adequando as práticas, ora em vigor, nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político organizacional.

É preciso compreender a forma pela qual, a partir de 1990, a implantação progressiva do Sistema Único de Saúde e o conseqüente processo de reestruturação dos serviços de internação psiquiátrica permitiram a consagração, na esfera dos direitos fundamentais, da garantia e do respeito aos direitos do paciente psiquiátrico, eis que, por longo tempo foram seqüestrados da sociedade. Para tanto, como ponto de partida, elege-se a análise do processo de redemocratização no país como importante contexto no qual emergem algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil.

Como se percebe, o Estado brasileiro mudou de forma acelerada nas últimas décadas, como conseqüência e também causa do seu processo de desenvolvimento tardio e desigual, dentro de diretrizes econômicas e políticas que acentuaram o grau de dependência externa e gritantes desníveis sociais internos. Assim como mudou o Estado, mudou também a sociedade brasileira, tornando-se essencial e definitivamente urbana, com necessidades e consumos de bens e serviços padronizados, numa mistura de insumos culturais que fazem suspeitar a perda de raízes e identidades cuja magnitude é prematuro concluir.

A verdade é que, desde o começo, a sociedade contemporânea, apesar de ainda hierarquizada e seletiva, identifica-se com a mudança de paradigma, preocupada com a reconstrução do processo de integração social, tendo a defesa dos direitos humanos fundamentais e o exercício da cidadania como garantia assegurada no contexto do Estado Democrático de Direito e Social.

3. REFORMA SANITÁRIA E CAPITAL FINANCEIRA

A lógica das políticas e práticas do Estado brasileiro na saúde é compreendida porque são admitidas as contradições e a reciprocidade das ações entre seus agentes econômicos e políticos. Como se vê, em nosso contexto social, contradições e ações não se restringem a um único setor e, muito menos, a políticas e práticas de saúde. A constatação desagradável de um atendimento médico-hospitalar freqüentemente desqualificado justifica a revolta da sociedade, especialmente de suas vítimas. Portanto, necessário se faz reconstituir sua trajetória e capacitar os profissionais do Direito, para, juntamente com a sociedade civil e como sujeitos, encontrarem alternativas socialmente mais justas.

No mercado de assistência médico-hospitalar até agora viabilizado pelo Estado para indústrias, empresas terciárias e corporações, atuam, pois, organizações e empresas médicas com história e interesses sociais e econômicos diversos, gerando relações e modalidades assistenciais de diferentes matizes. Pois bem, dentro deste mercado, apenas uma parcela reduzida de pessoas físicas autocusteia o consumo de serviços médico-hospitalares para si ou para seus familiares. O outro segmento do mercado é constituído de pessoas jurídicas, indústrias de grandes e médio porte e empresas do setor terciário que autogerenciam a compra de assistência médico-hospitalar para seus empregados, ou contratam empresas especializadas para fazê-lo.

Como se vê, trata-se ainda de um mercado privatizado, induzido, cuja existência está condicionada à ineficiência dos serviços públicos de saúde. Persiste, porém, a contribuição previdenciária, que sempre incluiu a assistência médico-hospitalar e o direito subjacente de todos de se valerem do serviço público. Do mesmo modo que a Previdência Social transferiu às pessoas jurídicas a atribuição da assistência, deu-lhes também a competência de substabelecê-la e contratar empresas especializadas.

Entretanto, as políticas de saúde não estão restritas às práticas médicas e necessariamente não são convergentes. É a expressão de uma conformação social e revelam as imposições de uma cultura, seus meios materiais e seu modo de produção.

De início, deve-se reconhecer a existência, no Brasil, do déficit da previdência social, que está associado a circunstâncias específicas, como, por exemplo, o desvio, em sucessivos governos, dos recursos da previdência social e da saúde para outras

finalidades e, ainda, a existência de fraude generalizada contra o sistema de saúde e previdenciário. Embora as empresas do setor privado recolham para a previdência, o governo, enquanto empregador público, não contribui com o fundo previdenciário, aliás, mais uma razão para o déficit a que nos referimos acima. Por tudo isso, torna-se impossível não reconhecer que o problema maior da implementação das políticas de saúde no Brasil resulta da fragilidade financeira do setor público, e da crescente dívida pública que vem implicando um superávit fiscal, em detrimento da capacidade de investimento do Estado. Ademais, não se pode deixar de desmistificar a quebra de contratos, que apavora o mercado.

Na realidade, o que se constata é a preocupação do capital financeiro e de seus representantes com a alteração de regras que venha afetar seus contratos, em particular os da dívida pública. Quando se olha para a saúde e a previdência social, percebe-se que a maior parte da sociedade não tem garantido seus direitos sociais conquistados pela Constituinte de 1988. Atualmente, o discurso econômico do governo tem-se centrado fundamentalmente no objetivo de acalmar os mercados. Para isso, defende a mesma política do governo anterior, ou seja, voltam à cena as reformas trabalhistas e da previdência como solução para todos os males.

Neste sentido, temos como de fundamental importância a consolidação da saúde com o direito para a implementação integral do Sistema Único de Saúde. Isto pressupõe a realização de um projeto direcionado para o fortalecimento do controle social, que atue entre os sujeitos sociais e apóie o desenvolvimento das instituições responsáveis pelo seu exercício. Temos como importantes os Conselhos de Saúde, eis que têm o papel de instâncias que possibilitem a participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas de saúde. Estes Conselhos são considerados uma verdadeira rede democrática que contribui para a garantia dos direitos.

É certo que a implantação de Sistema Único de Saúde contraria os ditames do mercado. Contudo, a efetividade de um sistema único depende de sua dimensão, distribuição e tecnologia disponível, para que sua acessibilidade seja universal e igual para todos. Entretanto, em qualquer desses aspectos, a situação é bastante crítica em algumas regiões brasileiras. Também tranqüila não é a situação dos hospitais públicos brasileiros, impregnados de forte componente corporativo e com eficiência reconhecidamente baixa. Como superar os obstáculos quando se casam crise econômica, ideologia liberal, políticas públicas perversas e cidadãos excluídos e outros perplexos? Entretanto, esta história não está acabada, ela continua sendo feita, como a de tantas outras instituições contemporâneas neste país em crise.

Ao analisarmos a história do sistema de saúde no Brasil, vimos que durante todo o século XX as ações e serviços de saúde eram considerados pontuais os benefícios concedidos pela Previdência Social. Os trabalhadores que não contribuíam com a Previdência Social e os desempregados ou portadores de deficiência eram excluídos

dos serviços de saúde, sendo atendidos pelas Santas Casas de Misericórdia ou instituições religiosas.

Rezende⁸ enfatiza que a legitimidade do processo constituinte e do movimento da reforma sanitária constitui-se na melhor garantia da operacionalização de seus ideais, ou seja, da sua operacionalização dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. No referido trabalho, trata separadamente os princípios inseridos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90), como significativos das bases centrais da política de saúde e da gestão do sistema de saúde no Brasil.

Vale desde já salientar que, neste cenário foram gerados os princípios da reforma sanitária e psiquiátrica, tendo, como já visto alguns marcos de grande relevância política, como a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, as intervenções em órgãos públicos e privados, os movimentos sociais dos profissionais de saúde, bem como os movimentos dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares.

O direito à saúde foi elevado a direito fundamental do ser humano apenas na Constituição de 1988 (artigos 196 e 197), que declara ser a saúde:

“direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação, serviços e ações que são de relevância pública”.

O direito à saúde rege-se, pois, pelo princípio de que todos têm direito à vida e esse direito passa pelo acesso ao tratamento condizente com o atual estágio da medicina, em casos em enfermidade.

4. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Cumpra, pois, destacar dentre os princípios do Sistema Único de Saúde os que fundamentam a política de saúde do ponto de vista organizacional da gestão e da atenção à saúde:

A SAÚDE COMO DIREITO

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução

dos riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (art. 2º e parágrafo 1º da Lei Nº 8.080/90, art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988). A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais: (...) direitos da pessoa humana (art. 34, VII, alínea “b” da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988).

Princípios da atenção à saúde: a saúde como direito; o sistema de atenção à saúde é único; o acesso às ações e aos serviços é universal; a atenção à saúde é integral, conforme a necessidade; deve haver igualdade da assistência à saúde, independente de cor, raça, condição social, vinculação partidária, entre outros, preservação de autonomia do usuário; direito do indivíduo à informação sobre sua saúde e da comunidade sobre a situação epidemiológica de uma determinada realidade; a descentralização, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; a humanização do atendimento; o acesso às ações e recursos intersetoriais; participação da comunidade na definição das diretrizes de organização da rede de atenção.

Princípios da gestão do sistema de saúde: a descentralização; a direção única; a regionalização; o funcionamento solidário; o planejamento ascendente; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a divulgação de informações; a integração de ações intersetoriais; o controle social.

Atualmente, é competência do município executar as políticas de saúde, tendo como objetivo o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes. Neste contexto, tem grande importância a criação de espaços de discussão que possam aglutinar as forças comprometidas com o processo da Reforma Psiquiátrica.

5. NOVOS DESAFIOS: OS MOVIMENTOS SOCIAIS NO BRASIL

No Brasil, os estudos destacam o papel dos movimentos sociais na transformação social, principalmente à luz das mudanças político-institucionais que ocorrem a partir de 1974. Entretanto, a realidade dos fatos tem frustrado muitas das

expectativas em torno do potencial dos movimentos, permitindo uma aproximação mais objetiva e menos ideológica.

Um exame dos movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica indica que estes atuam, principalmente, como grupos de pressão sobre o Estado, no sentido de obter respostas concretas às suas demandas, por meio de dinâmicas diferenciadas, porém pautadas por um maior ou mero enquadramento institucional. Sem pretender analisar os principais paradigmas teóricos dos movimentos sociais, a despeito das limitações do trabalho para o desenvolvimento de tema tão complexo, procuramos sintetizar os movimentos sociais no Brasil, privilegiando a pesquisa de colegas do Ministério Público¹⁰, apresentando uma síntese de parte dos trabalhos, de acordo com enfoques contemporâneos das disciplinas afins que abordam os movimentos sociais:

Os movimentos sociais surgem no Brasil a partir dos anos 70, com a organização da sociedade civil, que paulatinamente toma consciência da importância do exercício da cidadania, através da prática de resistência e de luta, independentemente da atuação dos governos tecnocráticos e autoritários da época.

É que o Brasil, a partir do golpe militar de 1964, vai assistir a convivência de uma ordem constitucional ao lado de atos de exceção, passando por vários momentos históricos de recrudescimento, até que em 13 de outubro de 1978 o presidente Geisel, através da Emenda Constitucional nº 11, revoga os atos institucionais, dando início ao processo de distensão política.

Naquele tempo, alguns setores da oposição já levantavam a bandeira da “Constituinte-já”, movimento que mais tarde vai ser absorvido pelo movimento “Diretas-já”.

Desse modo, a noção de sujeito coletivo de direito se dá no sentido de uma coletividade, onde se elabora uma identidade e se organizam práticas mediante as quais seus membros pretendem defender interesses e expressar vontades, ao mesmo tempo em que no decorrer das lutas travadas constroem novos discursos, fundado por criar novos direitos, muitas vezes com o objetivo de alterar a própria ordem instituída.

Esses atores constituem-se, portanto, em forças sociais que procuram influenciar nas decisões que serão impostas à coletividade, buscando um tratamento institucional para certas reivindicações de atores dos estratos inferiores ou de elementos ameaçados da classe superior (...).

A partir de 1986, o Estado relembra sua política social em torno de negociações com os movimentos organizados, quando a sociedade organizada em associações e movimentos deixa de ser algo marginal ou alternativo e ganha caráter legalista.

No início dos anos 80 as diferenças foram se explicitando, principalmente as político-partidárias, segundo o grupo de assessoria que se articulavam. O conteúdo político do termo comunidade passa a dar sentido a uma nova cultura política, fundada no aprendizado de uma nova cidadania, em que a reivindicação em torno da noção de direitos passa a ocupar um lugar de destaque (...).

Como afirma José Eduardo Faria (1991:15), agindo assim, tais movimentos passaram a redefinir as relações da sociedade com o Estado e a pressionar por uma revisão estrutural do ordenamento jurídico vigente, redescobrimo o sistema social como lugar da política, deslocando a clássica questão da constituição dos sujeitos políticos na relação classe-partido-estado, e servindo como válvula de escape das deficiências do Estado (...).

Este processo de lutas seguidas por conquistas pode ser também observado no Brasil, quando se articulando no seio dos debates da Comissão Constituinte, o legislador constituinte de 1988 findou por estabelecer um novo perfil para o Ministério Público, incumbindo-lhe a função de guardião da cidadania, capaz de funcionar como um elo de ligação entre as reivindicações dos movimentos sociais e os Poderes Públicos. (Santana, 1998:237 - 238).

Pelo rápido resgate das passadas do Ministério Público na história do País, percebe-se que o seu compasso nunca se apartou da sintonia da justiça social, da garantia da participação democrática e, sobretudo, da defesa da sociedade, embora o seu instrumental tenha sido assegurado, juridicamente, somente a partir da década de oitenta. Este período, como já foi exposto, coincide com o nascimento dos novos movimentos sociais, cujo embrião despontou na década de setenta; movimentos esses que clamam pela satisfação de carências identificáveis como direitos fundamentais básicos. É a época em que a comunitarização das necessidades, das deficiências sociais são reivindicadas mais ativamente, por grupos orgânicos e inorgânicos.

Esses grupos passam a operar uma transformação paulatina em todos os setores da sociedade e ocupam espaços legítimos ao lado do Ministério Público, na defesa dos interesses sociais. O

grande instrumento normativo já mencionado, ou melhor, a Lei nº 7.347/85, às expensas, rompendo o serôdido Direito Processual petrificado e fincado na beira do caminho da civilização, confere-lhe legitimação extraordinária para a propositura de ações coletivas, com repercussão *erga omnes* da decisão judicial (art. 5º e 16).

A Constituição Federal, a seu turno, abroquelou-lhe a possibilidade de ajuizar mandado de segurança coletivo (art. 5º, inciso LXXX), além de estruturar toda a ordem jurídica do país na base de uma sociedade livre, justa e solidária (art. 3º, inciso I), a prevalência dos direitos humanos (art. 4º, inciso II), a imediaticidade das normas concernentes a estes direitos (art. 5º, parágrafo 1º) e o caráter exemplificativo e não exaustivo das garantias e direitos abrigados na Carta (art. 5º, parágrafo 2º)” (Batista, 2000:65)

O reconhecimento das desigualdades sociais pela nossa Constituição Federal mostra que a maioria da população não tem os seus direitos reconhecidos e respeitados, significando não ter conquistado plenamente a cidadania, bem como o efetivo exercício de seus direitos. A preocupação que se estabelece aqui é fixar os pontos principais que devem ser tratados. E, nessa preocupação, deixamos de lado a análise casuística da Constituição para dar preferência à abordagem dos princípios constitucionais que trazem referências aos direitos à saúde como princípios fundamentais.

Dentre os princípios que a Constituição estabelece, analisaremos aqueles que influenciam grandemente as políticas de saúde no Brasil. O Art. 1º da Constituição de 1988 preceitua:

A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se um Estado democrático de Direito e tem como fundamento a dignidade da pessoa humana.

Portanto, a proteção à dignidade insere-se como fundamento do Estado democrático e é pressuposto da participação social do indivíduo no próprio destino desse Estado como condição de cidadania. Como objeto de proteção, se entende qualquer pessoa, independente de idade, sexo, cor, condição social, autodeterminação e *status* jurídico. No mesmo caso, situa-se o nascituro, o morto, ou até grupos homogêneos minoritários. A dignidade, pois, surge como valor intrínseco de todo ser humano. Partindo da premissa da proteção à dignidade e que a ordem jurídica não pode tomar o cidadão como simples meio, mas como fim, é que procuramos enfatizar o papel do

Ministério Público para assegurar o direito à saúde mental e o exercício da cidadania ao portador de transtorno mental.

A Constituição Federal de 1988, nos incisos I, II e III, estabelece como diretrizes do sistema único de saúde, a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. No *caput* do dispositivo, registra os princípios explicitados na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90), como sendo a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos de qualquer espécie. Isso resulta da interpretação do art. 196 da Constituição Federal de 1988 e do art. 7º da Lei nº 8.080 (Lei Orgânica de Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e estabelece mecanismos para a operacionalização das disposições constitucionais nas esferas federal, estadual e municipal do governo brasileiro.

De acordo com os princípios constitucionais, a atenção à saúde é objetivo finalístico do sistema de saúde. Como vimos, antes da Constituição Federal de 1988, as ações de saúde eram oferecidas pela Previdência Social e eram reduzidas a alguns procedimentos médicos e ontológicos ambulatoriais e hospitalares, com a distribuição de medicamentos para os mais necessitados. É o que se verifica, com base nas considerações expostas nos textos do Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública e nos textos do Curso de Especialização a Distância para Membros do Ministério Público e Magistratura Federal. Após a Constituição Federal de 1988, é incorporada uma dimensão política de diferentes interesses, de distintos atores sociais, como por exemplo, usuários, gestores, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços de saúde, partindo de uma nova ideologia de saúde que se chamou de “novo paradigma sanitário”, orientado pela dignificação da vida e pela conquista da cidadania.

Jacobi¹¹, após discorrer acerca dos movimentos sociais, Estado e conjuntura, afirma o seguinte:

no Movimento de Saúde, a ação do Estado também funciona como indutora de demandas que já existem, mas estão reprimidas. A dinamização de intervenção do Estado na expansão da melhoria da qualidade de atendimento da rede de serviços é realizada a partir de um processo pautado por uma interação, até então inexistente, entre a população e a Secretaria de Saúde. Neste sentido, a ação do Estado não só legitima as demandas do movimento, mas joga com o grau de mobilização da população para conseguir a liberação de verbas para a concretização dos planos (...).

Na dinâmica de pressão, diálogo direto e negociação que os movimentos estabelecem com as distintas agências públicas com que se defrontam, verifica-se que o enquadramento institucional torna-se

tônica dominante, onde o Estado é cada vez mais forçado a assumir compromissos com soluções concretas para as reivindicações da população.

No contexto das transformações no plano político-institucional e apesar do funcionamento tradicionalmente autoritário do Estado brasileiro, a implementação das políticas sociais como reflexo da busca de uma legitimidade junto aos setores populares - mesmo que através de um consenso passivo, obriga a mudanças na postura do Estado e de seus agentes na interação com a população.

Nos movimentos de saúde, verifica-se que os fatores que afetam a mobilização da população e dos profissionais de saúde estão diretamente vinculados à percepção de carências comuns, numa profunda vinculação com a noção de direitos básicos.

Constata-se que o Estado passa a reconhecer os movimentos sociais, com maior ou menor receptividade, como seus interlocutores e torna-se mais flexível diante das suas demandas. A mudança qualitativa deve partir do reconhecimento da necessidade de recuperar sua legitimidade, assim como de uma luta de tomada de consciência da responsabilidade, pelo Estado, de se garantir adequadas condições reprodutivas.

A IMPORTÂNCIA DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

A história sanitária brasileira sintetiza um movimento representativo do que se chamou de uma verdadeira revolução nas relações entre Sociedade e o Estado, eis que busca principalmente a democratização do acesso à saúde. O processo a que se refere foi denominado de Movimento da Reforma Sanitária, como um movimento em prol da redemocratização do Brasil. Desta maneira, explica-se que a Reforma Sanitária no Brasil surgiu de um movimento social que reivindicava uma profunda mudança no modelo assistencial até então implantado no país, apesar de ainda fazer parte do cenário brasileiro a assistência psiquiátrica denunciada pela reforma psiquiátrica.

A IMPORTÂNCIA DO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

O ritmo de crescimento do movimento que impulsionou a I Conferência Nacional de Saúde Mental explicita qual a natureza da dificuldade existente no modelo assistencial psiquiátrico vigente no país.

O grupo de profissionais de saúde mental que lideraram o movimento da reforma psiquiátrica tem denunciado os abusos e injustiças geradas pelas políticas de saúde manicomial discricionárias na esfera da liberdade das pessoas portadoras de transtorno mental que procura justificar as internações (acenando com pretensas terapêuticas). Assim, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental representa a construção de uma mudança na cultura de exclusão existente no imaginário da sociedade e do modelo assistencial/asilar.

Cabe aqui ressaltar que o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira denuncia os grandes conflitos, questionando o mito da sociedade harmônica e sem conflito, latente no cotidiano da sociedade brasileira e presente neste trabalho: o descaso pelo doente mental e o desejo de sufocar estas formas sociais, como se no Brasil existissem apenas pessoas normais, excluindo do seu cenário as demais. Este conflito, sufocado até então, acaba explodindo na convivência entre doentes mentais internados em manicômios ou hospitais psiquiátricos e a sociedade ao seu redor.

O Projeto de Lei nº 3657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, foi alvo de graves críticas, tendo permanecido a discussão no Congresso Nacional por cerca de doze anos. O referido projeto de lei representa um marco histórico na mobilização dos movimentos dos trabalhadores de saúde mental e do movimento antimanicomial. Aparece neste encontro onde transparecem os preconceitos, os medos, as piedades, as raivas, o abandono e a vontade de que esta sombra social não existisse, além de pesados pronunciamentos por parte dos interessados na grande indústria da loucura.

A perspectiva dessas duas visões, muitas vezes opostas, encontra-se expressa nos jornais diários e na fala de alguns doentes mentais. Um exemplo é a matéria publicada na revista Isto É, de 07.07.1996 - *Muralhas Abertas*, demonstrando a viabilidade de um portador de doença mental levar uma vida assemelhada à de uma pessoa que não padeça de tal transtorno. Como também a maneira consciente com que um portador de doença mental assumiu a opção corajosa de conviver com a doença, conforme entrevista publicada na revista Veja, de 11.09.1996.

Entretanto, as transformações sociais, em que pese suas determinantes, não conduzem a modelos únicos, nem conformam instituições. É necessário, pois, desembaraçarmo-nos, saber olhar o que vemos, o que só é possível dentro de uma perspectiva histórica que a sociedade tenha de promover ou excluir proteção e assistência à saúde. Isto não deve ser deixado exclusivamente à mercê dos interesses do mercado. Vale dizer às indústrias, ao comércio de saúde, ou simplesmente ser delegado ao Estado e aos seus tecnoburocratas e economistas que, certamente, não têm interesse em privilegiar as necessidades sociais percebidas.

No que tange a política de saúde mental a partir de 1992, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica brasileira inicia claramente o objetivo de reverter o modelo hospitalocêntrico, baseado na exclusão

social. O caminho de substituição do hospital psiquiátrico passa a ser assumido como política nacional pelo próprio Ministério da Saúde. Apóia-se num vigoroso movimento social, que reunia gestores, técnicos, familiares, usuários, parlamentares e organizações profissionais. A Reforma Psiquiátrica ganhou o apoio da opinião pública e fez avançar a consciência da inadequação do modelo manicomial, até então vigente. Os anos que se seguiram foram um tempo de multiplicação dos serviços substitutivos, tais como os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia etc.; dos debates sobre o Projeto de Lei Paulo Delgado e das leis estaduais; da ampliação do controle público, por meio das vistorias e denúncias, da definição das reais condições de funcionamento das instituições hospitalares.

Segundo Cesar Augusto de Farias (2002)¹²,

a figura chave da transição do modelo tradicional de assistência psiquiátrica para o modelo substitutivo foi a Reforma Sanitária. Com a Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde de dispôs a repassar verbas e as diretrizes das políticas públicas de saúde.

Com isso, o Ministério da Saúde se limita a mero repassador de verbas e diretrizes. Para maior agravamento não existe uma efetiva fiscalização com auditoria da aplicação desses recursos.

6. REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA

No que tange à reforma psiquiátrica, convém salientar o processo de sua implementação tão bem sintetizado por Augusto Cesar de Farias Costa¹³, incansável trabalhador da saúde mental, quando o autor faz referência ao processo de Reforma Sanitária, o Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica. Para o citado autor, o processo político institucional iniciado com o golpe militar de 1964 impedia a vivência democrática em praticamente todos os aspectos da vida nacional. No que tange à saúde, denuncia que o modelo assistencial vigente à época, como não poderia deixar de ser, também era carregado de contradições e injustiças. Com isso, os trabalhadores do setor de saúde iniciaram a elaboração e o encaminhamento de críticas à instituição e sistematicamente começaram a propor mudanças ao caótico modelo assistencial.

Após discorrer sobre a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), privilegiando seus princípios, contextualiza-o com outro movimento democrático em prol da saúde mental. Enfatiza que, após a Declaração de Caracas proclamada em 14 de novembro de 1990, por ocasião do encerramento da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, passa a assistir um sólido balizamento fomentador das iniciativas de

transformação da atenção médico-psiquiátrica na direção da Saúde Mental. Informa que, no Brasil, já a partir de 1970, inicia-se um verdadeiro movimento social, no seio dos trabalhadores na área da assistência psiquiátrica, articulados com os usuários e seus familiares, vários setores da sociedade civil organizada e a opinião pública.

Com essa abertura política e conseqüente redemocratização dos hospitais psiquiátricos no país nos últimos anos, acredita-se e espera-se que dessas novas mudanças sejam efetivadas propostas no sentido de se rescrever o Código de Ética Médica.

O sucesso dos movimentos de libertação dos doentes mentais leva à igualdade e à cidadania. E, como se percebe, se difundiram no mundo inteiro as idéias dos defensores dos direitos humanos, amantes da paz, da vida, da saúde. Dentre muitos, destacamos Paulo Amarante e Benedetto Seraceno, os quais têm sido um referencial no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, cujos trabalhos refletem o espírito de renovação da consciência, para se adequar a este novo milênio.

Paulo Amarante (2000)¹⁴ afirma que:

A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão, e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de comunidade terapêutica e um “lugar” no qual o saber psiquiátrico possa ser reinterrogado numa perspectiva diferente daquela (...). Assim, a Reforma Psiquiátrica encontra-se frente à experiência italiana com Basaglia, consubstanciada na psiquiatria democrática italiana. Portanto, para o referido autor, “o projeto de transformação institucional de Basaglia é essencialmente um projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos intelectuais”.

Na visão de Benedetto Saraceno (1999)¹⁵:

Os pacientes psiquiátricos estão nos hospitais psiquiátricos e a sua reabilitação tem a ver com esse estar. Os pacientes que não estão nos hospitais psiquiátricos estão em casas das próprias famílias. Alguns pacientes sem família estão nas casas solidárias (...). Um dos fundamentos essenciais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade é representado pelo próprio estar em qualquer lugar se torna um habitar esse lugar. Entre estar e habitar existe uma grande diferença (...). O manicômio 9 como o cárcere é o lugar por excelência onde é negado o habitar e afirmado o estar

(...). Tudo isso explica por que a questão da psiquiatria é caracterizada pela idéia continua e obsessiva de residência dos doentes: o manicômio como residência coagida, controlada, expropriada, mas residência: sair do manicômio, como percurso através de graus diversos de proteção da residencialidade até a residência autônoma ou o reencontrar na própria casa original.

A LEI Nº 10.216/2001: NOVOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

O advento da Lei nº 10.216/2001 trouxe uma série de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, em consonância com uma nova perspectiva no ordenamento jurídico do nosso país, operando importantes mudanças desde a última década. Apesar deste surto inovador, preocupa-se o mencionado autor com o significativo número de leitos em hospitais psiquiátricos e também com a implantação dos novos serviços substitutivos, de forma um tanto aleatória, conforme a situação política nos diversos locais. Chama a atenção para as experiências diversificadas destes serviços, os quais são freqüentemente setoriais e isolados, convivendo, às vezes, com as estruturas tradicionais.

Considera importante ressaltar que a criação dos novos serviços em saúde mental acha-se articulada com os demais serviços, como o Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com outros setores públicos e especialmente com a comunidade, o que tem exigido uma nova postura profissional e gerencial dentro da administração da saúde pública brasileira, considerando que advirá com a implantação integral do Sistema Único de Saúde.

Por tudo isto, parece-nos procedente a afirmação de Augusto César de Farias Costa, no sentido de que, concomitantemente ao processo de Reforma Sanitária e construção do SUS, constatou-se ainda mais agudamente que o modelo asilar e carcerário, vigente na assistência psiquiátrica, não representava efetividade quanto a prevenção, tratamento, cura e muito menos, reabilitação e reinserção social para as pessoas acometidas por transtornos mentais. O autor denuncia a ineficácia dos instrumentos tradicionais da assistência psiquiátrica, dada a natureza política instalada desde a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, durante o governo militar. Denuncia o autor:

No campo da assistência psiquiátrica fomentou-se o surgimento das Clínicas de Repouso, eufemismo dado aos hospitais psiquiátricos de então, acrescido de método de busca e internamento de pessoas como, por exemplo, o realizado por ambulâncias que, durante os anos 60-70, percorriam as cidades, especialmente após clássicos de futebol, identificando indivíduos que portassem a carteira do

INPS e que estivessem dormindo embriagados na via pública. Após a averiguação eram levados e internados com o diagnóstico de psicose alcoólica.

Vale salientar que só quem estava trabalhando e tinha a carteira profissional assinada é que tinha direito ao INPS, ou seja, eram pessoas produtivas e socialmente inseridas. Muitas dessas pessoas, que faleceram ou ainda habitam os manicômios brasileiros iniciaram seu percurso manicomial legitimado pelo discurso preventista. Abasteceram e fizeram prosperar a recém-criada e rendosa indústria da loucura, que fez do louco o seu artigo de comércio. Assim, além das repercussões de irresponsabilidade, incapacidade e periculosidade, o louco adquiriu mais uma: lucratividade.

Assim, no momento em que certos tipos de práticas baseadas na astúcia, no engodo, na fraude chegam ao seqüestro de pessoas, tempo em que surgem novas e sofisticadas formas de violência institucional, os fatos sociais recomendam a criação de novos tipos de articulação entre o setor saúde com o direito. O desenvolvimento de um esforço para promover o fortalecimento do exercício do controle social no interior do SUS, por meio da criação de condições mais favoráveis à compreensão das diversas ações atribuídas aos Conselhos de Saúde e ao Ministério Público, caracteriza uma demanda da sociedade, já expressa nas deliberações da X Conferência Nacional de Saúde, em diretrizes do Conselho Nacional de Saúde e em pleitos do Ministério Público. Assim, a articulação entre as duas iniciativas muito contribuirá para o incremento de formas de democratização da gestão da saúde nos diferentes níveis de governo, possibilitando a participação da sociedade na busca de alternativas de atenção à saúde, na identificação de demandas, no acompanhamento e controle do uso de recursos públicos e na responsabilização do Estado e da própria sociedade em relação à saúde.

AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL.¹⁶

A partir da década de 70, começaram a ocorrer profundas transformações no bojo da sociedade brasileira. Entre elas, o fato de o Brasil passar a ser palco de inúmeras denúncias de desrespeito e violação aos Direitos Humanos dos pacientes psiquiátricos, o que evoluiu para novas e incisivas proposições em direção a um alvo comum: a instituição e a cultura manicomial. É contra este edifício teórico-prático, consolidado ao longo dos dois últimos séculos e sustentado pelos mitos correlatos à noção de doença mental, cuja função histórica foi, e ainda é, a produção de espaços e formas de segregação e exclusão, é que passaram a se dirigir, na perspectiva de sua desconstrução, os novos esforços abrangendo as áreas social e institucional nos campos técnico, político e jurídico.

No Brasil, Franco Rotelli e Paulo Amarante¹⁷ relatam os registros das várias iniciativas de denúncias quanto à política nacional de saúde mental, no que tange à política privatizante da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições, de atendimento psiquiátrico à população, seja na esfera pública ou nas instituições privadas. Demonstram a violência institucional, a desassistência, a marginalização promovida pelas instituições psiquiátricas, com a existência do que foi denominado de “indústria da loucura”, promovida pelo setor privado de prestação de serviços, e inclusive denunciado, naquela ocasião, ao Ministério Público. Destacam a criação dos Movimentos de Trabalhadores de Saúde Mental em vários pontos do país, mediante os quais a questão psiquiátrica torna-se pública e se transporta para a consciência da coletividade. Enfatizam que tais movimentos fazem a sociedade “olhar” e “ver” como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência pelo estado autoritário. No trabalho, os autores ainda demonstram e denunciam as formas violentas com que foi tentada ou conseguida a interrupção dos movimentos, por ameaçarem os interesses dos poderosos no campo da assistência psiquiátrica.

O PROJETO DE LEI Nº 3.657/89 DO DEPUTADO PAULO DELGADO

Cumpre destacar a importância do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, com a apresentação de justificativa, em setembro de 1989. O referido Projeto de Lei dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória:

O Projeto de Lei nº 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado Justificativa

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo, a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. A experiência italiana, por exemplo, tem demonstrado a viabilidade e factibilidade da extinção dos manicômios, passados apenas dez anos de existência da “Lei Basaglia”. A inexistência de limites legais para o poder de seqüestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção.

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais.

Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e a liberdade dos pacientes. Todos os planos e políticas, entretanto, desde o paradigmático “Manual de Serviço”, do antigo INPS, em 1973, de que foi co-autor o Prof. Luiz Cerqueira, pioneiro da luta antimanicomial, não têm feito outra coisa senão “disciplinar” e “controlar” a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo de fato a formulação para a rede pública, de planos assistenciais mais modernos e eficientes.

Propõe-se aqui o fim desse processo de expansão, que os mecanismos burocráticos e regulamentos não lograram obter, e a construção gradual, racional, democrática, científica, de novas alternativas assistenciais. O espírito gradualista da lei previne qualquer fantasioso “colapso” do atendimento a loucura, e permite a autoridade pública, ouvida a sociedade, construir racional e quotidianamente um novo dispositivo de atenção.

A problemática da liberdade é central para o atendimento em saúde mental. Em vários países (nos Estados Unidos exemplarmente), a instância judiciária intervém sistematicamente, cerceando o poder de seqüestro de psiquiatra. No Brasil da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes. A Defensoria Pública, que vem sendo instalada em todas as comarcas, deveria assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação-seqüestro e o respeito aos direitos do cidadão internado.

A questão psiquiátrica é complexa, por suas interfaces com a Justiça e o Direito, com a cultura, com a filosofia, com a liberdade. Se considerarmos toda a complexidade do problema, esta é uma lei cautelosa, quase conservadora. O que ela pretende é melhorar - da única forma possível

- o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger em parte os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos. (Sala das Sessões, setembro de 1989-Deputado Paulo Delgado).

Como se percebe, esse projeto provocou uma ampla discussão em todos os setores da sociedade brasileira fazendo com proliferassem legislações estaduais e municipais com as mesmas diretrizes do projeto original acima referido. A partir daí, intensificaram-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental, conforme destaca Cesar Augusto de Farias Costa:

A II Conferência Nacional de Saúde Mental realizou-se em Brasília em 1992 e caracterizou-se pela ampliação da mobilização dos diversos segmentos da nossa sociedade mediante pré-conferências nos estados e municípios com uma participação estimada em cerca de 20.000 pessoas. Também o fato de ter sido precedida pelo II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru - SP, em 1987, quando foram desenvolvidas formulações voltadas para os princípios teóricos e éticos voltados para a Reforma Psiquiátrica, além da realização da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), em 1990, de onde emanou a Declaração de Caracas, proclamada em 14/11/90, conferiram um sólido balizamento fomentador das iniciativas de transformação da atenção médico-psiquiátrica na direção da Saúde Mental. Da mesma forma a IX Conferência Nacional de Saúde”, ao reafirmar a construção do SUS como alternativa de atenção à saúde com suas diretrizes fincadas em seus Princípios Doutrinários e Organizacionais e das políticas sociais, proporcionaram um substrato ainda mais consistente às discussões da II CNSM.

7. A IMPORTÂNCIA DA VIII E DA X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE PARA REFORMA PSIQUIÁTRICA: INÍCIO DA TRANSFORMAÇÃO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Conforme se depreende dos relatórios da VIII e da X Conferência Nacional de Saúde (ver anexos), no contexto das políticas de saúde no Brasil, em 1987, iniciou-se o trabalho de transformação do hospital psiquiátrico. Trabalhadores em saúde mental

agruparam-se em torno de uma utopia “Por uma sociedade sem manicômio”. Diferentemente do movimento reformista sanitário, a nova proposição não se apresentava como solução e apontava uma reviravolta no pensar a questão da loucura, esboçando uma crítica ao paradigma psiquiátrico. O movimento afirmou a necessidade de enfrentar prioritariamente o problema da cidadania do louco.

Como se vê, o movimento da Reforma Psiquiátrica tem como bandeira a substituição da estrutura manicomial por uma estrutura de tratamento aberta, ressocializante e integrada à comunidade. A mudança do atendimento psiquiátrico hospitalar para a assistência comunitária tem sido a grande meta das equipes de saúde mental de vários países e do Brasil nas últimas décadas. Pressupõe a transferência do eixo hospitalar para o atendimento nos serviços vinculados diretamente à comunidade, aproveitando toda a rede de assistência pública e a do setor privado.

EXPERIÊNCIAS DE IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

No Brasil, as experiências de implementação da reforma têm demonstrado avanços significativos, com a diminuição gradativa dos leitos psiquiátricos em hospitais especializados e a criação de serviços abertos de atendimento em alguns pontos do país. Estes serviços são complementados por enfermarias e emergências psiquiátricas em hospitais gerais. No entanto, a crescente demanda, somada à centralização do atendimento na figura do médico, paradigma que há muito rege as ações de saúde, ainda causa estrangulamento no sistema e superdimensiona a carência profissional. Esse fato tem sido motivo de lentidão na criação de novos serviços em várias regiões do país, como ocorre com o Distrito Federal, em que os serviços psiquiátricos ainda não foram devidamente implantados. Retrocederam, nos últimos anos, as experiências de implantação da Reforma Psiquiátrica com o desenvolvimento de atividades que naturalmente integrariam os CAPs propostos para funcionar no Hospital São Vicente de Paulo, tendo a atenção comunitária como elo entre os serviços de saúde mental e as instâncias de saúde, serviço social, educação, organizações não governamentais e a própria comunidade. Desta forma, pode-se avaliar, hoje, a necessidade de se direcionar recursos para o investimento maciço na assistência extra-hospitalar. Necessária, pois, a constituição de uma equipe multiprofissional para a atenção ao usuário em sua própria comunidade e saber aproveitar os recursos existentes em benefício da recontextualização e ressocialização desses usuários.

A questão da liberdade do doente mental vem sendo também tratada, por exemplo, na mídia. Com a recente discussão do lugar do doente mental, cumpre registrar a matéria publicada no jornal O Globo, do dia 14 de setembro de 2000, intitulada *A Liberdade Mental*, dentre muitas outras, retratando o trabalho de uma profissional de saúde:

Na madrugada da última terça-feira, por volta de 1h, a psicóloga Gina Ferreira coordenadora do Programa de Saúde Mental de Paraty - RJ, deu de cara com uma de suas pacientes na Rodoviária do Município. RM em crise, a mulher andava de um lado para outro, dizendo, entre frases desconexas, que ia fugir de casa. Imediatamente, Gina esqueceu a cansaço - vinha de seu consultório no Rio, onde atende todas as segundas-feiras - deixou a obstinação falar mais alto. Só foi dormir depois que a paciente concordou em ser atendida na emergência psiquiátrica do hospital da cidade. Lá pelas 4h. (...).

Para a psicóloga, as atividades longe dos hospitais impulsionam os processos de cura, assim como a participação da família e da comunidade em que vivem as pessoas com transtorno mental.

A comunidade me ajuda a identificar e a chegar até os usuários do Programa de Saúde Mental. Depois, acompanha e analisa todo o trabalho comigo. O Cais, que tem poucos funcionários e muitos voluntários, é um centro diário que, em Paraty, vai oferecer gratuitamente aulas de alfabetização, ginástica, cerâmica, pintura, tear, música e ioga, além de café da manhã, almoço e atendimento ambulatorial. (...).

Estou sempre acompanhada de um representante da comunidade. É o vínculo afetivo que estabeleço com os pacientes e suas famílias que media o trabalho. Tento resolver alguns de seus problemas, que muitas vezes são de fome e falta de dinheiro. Mostro que eles precisam exercer seus direitos e deveres e que a cesta básica não é caridade, é direito. Faço uma ponte entre o poder público e o cidadão.

Tomando-se por base o trabalho da profissional na reportagem acima, percebe-se que aflora a importância da interação dos profissionais da saúde com os do direito. Pode-se aferir que, diante de uma ação conjunta, integrada destes profissionais com os órgãos do governo e os conselhos de saúde, assistência social e a comunidade, a liberdade e a saúde do portador de transtorno mental estariam garantidas, bem como o exercício de sua cidadania. Cumpre ressaltar, pois, que o movimento da Reforma Psiquiátrica, embora centrado na tradição basagliana, não é exclusivo dela, pois atribuído à conjuntura brasileira de redemocratização e redefinição constitucional, conforme acentua Delgado (1992)¹⁸ :

O problema da cidadania do louco, embora centrado na tradição basagliana, não é exclusivo dela, e deve ser atribuído à conjuntura brasileira de redemocratização e

redefinição constitucional. Na esteira da Constituinte desde 1984 e 1985, o “problema” suscitou debates freqüentes, em geral apontando para uma reforma legislativa, vista como necessária e urgente. Vários eventos se denominaram, com variações, “Saúde Mental e Constituinte”- conferência de abertura do Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1986, e vários outros. Todos produziam “noções” ou documentos semelhantes, propondo a reforma urgente da legislação psiquiátrica, gestada e nascida ainda na outra ditadura. Assim, atribuíam-se muitas vezes à ausência de uma legislação moderna e adequada as graves situações de violação dos direitos dos doentes mentais. São da década passada a experiência de gestão “modernizada” das instituições asilares; os insucessos de políticas implementares, o surgimento de correntes de pensamentos novos, internas à disciplina psiquiátrica, como a “psiquiatria biológica”, os obstáculos encontrados no estabelecimento de uma interlocução eficiente com a “comunidade”, tudo isto se tornando um inestimável capital empírico incorporado ao debate. Assim, no último quarto da década, observou-se nova reflexão no debate - reforma psiquiátrica e cidadania.

O tema cidadania do louco vem marcando o debate sobre as mudanças na assistência psiquiátrica brasileira. Um elenco expressivo de títulos pode ser apontado como exemplo, sendo possível afirmar que existe um esforço para manter o desafio da defesa de tal cidadania como a tensão fundamental que marca a conjuntura da reforma.

A construção de uma política de saúde mental voltada para o novo modelo de atendimento ao portador de transtorno psíquico, em substituição ao asilo, e de acordo com os princípios de respeito a cidadania. Esse novo modelo foi desenhado a partir da Declaração de Caracas e de vários eventos nacionais. Por outro lado, um conjunto de portarias ministeriais estabeleceu administrativamente as bases das mudanças, Portarias 628/2002 e 2.391/2002, por exemplo.

A REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº 10.216/2001: A PORTARIA MINISTERIAL Nº 2.361/2002

O arcabouço de defesa à cidadania do portador de transtorno mental partiu do Projeto de Lei Federal de Paulo Delgado, aprovado com algumas alterações na Lei Federal nº 10.216/2001, algumas leis estaduais e municipais aprovadas, entre elas a Lei Estadual nº 11.064/94, a Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica do Estado de Pernambuco, que dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências, determinando, inclusive, que a internação involuntária será comunicada pelo médico que a procedeu através da instituição, ao Ministério Público (art. 7º), e, ainda, a Lei do Município de Recife, de nº 16. 232/96.

Apesar desses avanços, a Lei Federal nº 10.216/2001 ainda recepiona a internação compulsória ao portador de transtorno psíquico, permitindo, assim, o seqüestro do portador de transtorno mental. Ademais, a atual Portaria Ministerial nº 2391, de 26 de dezembro de 2002, regulamentando o controle das internações psiquiátricas involuntárias e voluntárias, de acordo com o disposto na Lei nº 10.216/2001, e seus procedimentos de notificação da comunicação ao Ministério Público, além de não detalhar no que se consubstanciaria o procedimento de fiscalização e controle das internações, não regulamentou a fiscalização e o controle da internação compulsória. Assim, as questões ligadas ao portador de transtorno mental permanecem praticamente no mesmo nível que vinham sendo tratadas na lei ordinária, ou seja, os Códigos Civil, Processo Civil, Penal e Processo Penal, os quais permanecem com conceituações do século XIX.

Apesar das novas concepções que vêm sendo tão bem organizadas pelos profissionais de saúde mental, visando à compatibilização com os avanços da atualidade acerca de cidadania, loucura, deficiência, responsabilidade, imputabilidade, periculosidade etc., necessário se faz nova definição de metas e órgãos próprios para se especializarem e atuarem nesse particular, detalhando sua participação e respectivas atribuições. Com relação à política de saúde, é competência do Município executá-la, tendo como objetivo ordenar o acesso às ações de saúde setoriais. Por isso, haver a necessidade do cuidado, com a definição de outras políticas de governo pelo pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantia do bem-estar de seus habitantes. Para isso, é necessário melhorar a qualidade de vida das comunidades.

O município, com a nova Constituição de 1988, se consolidou como membro da Federação, ao conquistar sua autonomia política, caracterizada pela possibilidade de se auto-organizar mediante a constituição de sua própria Lei Orgânica. A política de saúde do município, para cumprir com o objetivo de ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade, como, por exemplo, a qualidade de vida e saúde dos seus habitantes, deve garantir o pleno exercício desses direitos, mediante acesso de todos os seus cidadãos às condições adequadas de saúde.

Percebe-se, neste processo modernizador e democrático, o envolvimento das práticas do Ministério Público, nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-organizacional. Esse processo deve ser entendido como implementação do direito universal e fundamental a ser executado por um Sistema Único de Saúde, que objetive eficiência, eficácia e equidade. E dentro os princípios da atenção a saúde, convém destacar a saúde como direito:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças

e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva (art. 2º e parágrafo 1º da Lei 8.080/90 e art. 196 da Constituição Federal de 1988).

Em comunhão com a psiquiatria e a psicologia, o direito muito contribuirá para o resgate dos direitos do doente mental, dentre os quais, o direito de viver em comunidade, pois quem vive merece viver com dignidade. E vivemos garantindo o exercício de cidadania. É o exercício de um direito fundamental. A pessoa humana vale mais que todas as demais propriedades. Impedir que a pessoas tenham acesso a esses direitos é como matá-las.

8. CONCLUSÃO

No Brasil, país marcado pela existência de graves injustiças sociais, a condução da política de saúde mental chama a atenção o singular processo representado pela Reforma Psiquiátrica.

Este processo resulta da situação injusta e desumana de milhares de portadores de transtorno mental reclusos em hospitais psiquiátricos e alimentando o que se denominou de “empresas da loucura.” Ao longo de mais de vinte anos um movimento que já possui lugar na história vem marcando firme presença no cenário nacional, conquistando importantes resultados, no que diz respeito à garantia dos direitos e a oferta de cuidados aos portadores de sofrimento psíquico.

Porém observa-se que as políticas sociais são escassas e pobres, enfrentando ainda a existência de um parque manicomial consumindo bilhões de reais do Sistema Único de Saúde com a indústria da loucura. Ademais, No Brasil, permanece, ainda, o destrato, o descuido, o abandono atingindo pesadamente grande contingente dos portadores de transtorno mental, com flagrantes violações dos direitos humanos

Parece que, desde a metade do século XX, fomos de um extremo ao outro. Porém, chega à hora de atingirmos um meio-termo, o meio, a ponderação, entre os direitos e os deveres. Só assim um povo atinge a maturidade, o equilíbrio, o meio a ponderação, pois a posição anterior e a atual são radicais e extremadas. Essa ponderação é essencial para que no século XXI se atinja a harmonia e o respeito mútuo.

A Reforma Psiquiátrica veio a reboque dessas mudanças de milênio. A nosso ver, dentre os movimentos sociais o mais completo seja aqueles pelos direitos humanos, pois no terceiro milênio volta-se em um tempo de análise dos valores prioritários, ou seja, tempo de mudança comportamental. Os projetos refletem proposta de vida. Espera-se que este novo século seja importante para os indivíduos.

Estes são os grandes paradigmas para que se criem mecanismos de integração entre o atendimento individual e as ações coletivas.

Em todas as esferas da sociedade global são apresentadas as reflexões de cada um dos participantes e, é claro, cada um apresenta a sua síntese de um problema.

Como se vê, o século XX passou a ser o terreno da crise e, por isso, dói tanto. Afinal, trata-se da agonia do modelo de civilização que nos gerou. Dessa crise nasce também uma nova luta. Luta pelos direitos da humanidade e pela cidadania¹⁹, de onde estamos, por nossa concepção e pela dor que, agora e aqui, sentimos, identificamos a quebra, o rompimento da possibilidade de conhecer e comunicar os direitos humanos. Na sociedade pós-moderna, poucos acreditam que defender os direitos humanos é possível. Apenas pequena parcela da sociedade acredita que isto é possível.

A conclusão aqui é a de que estar neste mundo deve ser uma manifestação de uma ação ético-político. Verifica-se, assim, ser possível produzir uma nova aliança entre o direito e a psiquiatria, de forma a romper com o padrão da tecnociência-capitalismo-industrialismo. Busca-se um modelo diferente deste que se conhece, ou seja, o modelo que não pretende dizer as verdades absolutas, que tem com a vida uma relação de amor, que se permita brincar com o mundo e o sujeito, que se permita ser quase sujeito e quase mundo. Um modelo calcado no frágil e no vital. Um modelo amoroso. E também estratégico e político, porque sabe que cada opção sua é, em última instância, não uma construção de verdade, mas uma escolha.

Movimento dos direitos do portador de transtorno mental veio a reboque dessas mudanças. As vozes dos profissionais da saúde mental, parlamentares, indivíduos sensibilizados com a causa, familiares, usuários e a comunidade estão se tornando gradativamente mais altas e fortes e passam a reivindicar, implementar, arguir e, finalmente exigir os direitos dos pacientes psiquiátricos.

O Direito muito contribuirá para o resgate dos direitos humanos do portador de transtorno mental, entre os quais, o direito de viver em comunidade, porque vive com dignidade.

Trata-se de um direito fundamental. Para isto deve atentar para as ações integradas com o Conselho de Saúde e os movimentos sociais, onde no campo dos direitos humanos deve-se ater à luta pelos direitos à vida, à saúde e à qualidade de vida dos portadores de transtorno mental. Luta esta pelos direitos da humanidade.

9. BIBLIOGRAFIA

AMARANTE, Paulo (Org.). *Loucos pela Vida*. 2ª edição, Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2000.

- _____. *et alii. A psiquiatria no âmbito da previdência social* In *Saúde e Debate*. RJ, abr/maio/jun.
- _____. *et alii. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: o planejamento na desconstrução do aparato manicomial*. RJ: Mimeo, 1992.
- _____. *et alii. Condições de Assistência ao doente mental*. In opus cit, 1980.
- _____. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000.
- _____. *et alii. Loucura e Complexidade*. Trabalho de final de curso da disciplina Metodologia da Investigação do Curso de Doutorado em Saúde Pública da UNSP/FIOCRUZ, RJ: Mimeo, 1991.
- _____. e ROTELLI, Franco. *Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos*, In *Psiquiatria Sem Hospícios-Organização*: Bebilton Bezerra Jr. e Paulo Amarante, Ed. Relume Dumará, 1992.
- ARANHA, Márcio Iorio *et alii. Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do ministério público e da magistratura federal*. Brasília: UnB, 2002.
- BASAGLIA, F. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*.
- CANESQUI, Ana Maria (org.). *Ciências sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997.
- CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. São Paulo: Saraiva, 2001
- COOPER, David. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. 2^a ed., São Paulo: Editora Perspectiva, 1989.
- COSTA, Augusto Cesar de Farias. *Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do Ministério Público e Magistratura Federal, 2002.
- DELGADO, Pedro Gabriel. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.
- ELIAS, Paulo Eduardo. *Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil*. Manual do Curso de Especialização em Direito sanitário para Membros do Ministério Público e Magistratura Federal.
- FARIA, José Eduardo (org.). *A crise dos direitos numa sociedade em mudança*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988.
- _____. *Direito e Justiça: a função social do judiciário*. São Paulo: Ática, 1994.
- _____. *Direitos humanos, direitos sociais e justiça*. São Paulo: Malheiros, 1994.
- FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. *Direitos Humanos Fundamentais*. São Paulo:

- Saraiva, 1995/1996.
- FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais, supervisão final do texto: Léa Porto de Abreu Novais *et alii*. Rio de Janeiro: Nau Ed., 1999.
- _____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- _____. *História da loucura*. [s. l.]: Perspectiva, 1972.
- _____. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.
- _____. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Cabral de Melo Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- _____.; DERRIDA, Jacques. *Três tempos sobre a história da loucura*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada*. Trad. Márcia Bandeira M. L. Nunes e Rev. Gilberto Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- _____. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- JANETE, Adib D. *et alii*. *Saúde loucura - saúde mental e saúde da família*. n. 7, 2^a ed., São Paulo: Hucitec, s/d.
- JÚNIOR, José Geraldo de Sousa. *Movimentos Sociais-Emergência de Novos Sujeitos: O Sujeito Coletivo de Direito*, In *Sociologia Jurídica: Condições Sociais e Possibilidades Jurídicas*, Sd. Sérgio Fabris, Porto Alegre, 2002.
- _____. *et alii*. *Condições de Assistência ao doente mental*. In opus cit, 1980.
- LEAL, Erotildes Maria. *A Noção de Cidadania como Eixo da Prática Clínica: uma análise do programa de saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.
- LEGISLAÇÃO em saúde mental. 2^a ed., rev. e atual., série E, n. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- MORAES, Alexandre de. *Direitos humanos fundamentais*. São Paulo: Atlas, 1997.
- ORNELAS, Cleuza Panisset. *O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro: Revan, 1997.
- PESSOTTI, Isaias. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996.
- PITTA, Ana. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2^a ed., São Paulo: Hucitec, 2001.
- PORTO, Amanda Cruz. Entrevista com a psicóloga da equipe CAPS Arthur Bispo do Rosário - Aracaju/SE.
- REALE, Miguel. *Nova fase do direito moderno*. São Paulo: Saraiva, 1990.
- REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. *Manual de atuação jurídica em saúde pública - programa de apoio ao fortalecimento do controle social do SUS*. Brasília, 2002.
- RIBEIRO, Herval Pina. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Editora Cortez, 1993.

SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1999.

SOUZA Júnior, José Geraldo. *Movimentos sociais - emergência de novos sujeitos: o sujeito coletivo de direitos. Lições de direito alternativo*. São Paulo: Editora Acadêmica, 1991.

DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Trad. Vera Ribeiro, revisão técnica Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.

CONFERÊNCIAS

CADERNO de textos. *III Conferência nacional de saúde mental - cuidar sim, excluir não*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

COMISSÃO de Direitos Humanos. *Relatório da IV Conferência Nacional de Direitos Humanos*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

RELATÓRIO Final, *2ª Conferência nacional de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. *10ª Conferência nacional de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. *11ª Conferência nacional de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DOCUMENTOS

COMISSÃO Nacional da Reforma Sanitária. *Documentos I, II, III*. Rio de Janeiro: Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1987.

INFORMATIVOS

Informativo da Saúde Mental - MS/SAS/DAPES/Área Técnica de Saúde Mental - Ano II, Nº 1, jan./fev. 2003.

JORNAIS

LOPES, J. L. A psiquiatria e o velho hospício. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1965.

PALESTRAS

SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. *Palestra proferida na abertura do Fórum Nacional como anda a Reforma Psiquiátrica Brasileira*, Brasília, 2000.

PROJETOS/PESQUISAS

AMARANTE, Paulo de. *et alii. Análise dos Determinantes e Estratégias das Políticas de Saúde Mental* - projeto da reforma psiquiátrica. RJ, FIOCRUZ/ ENSP/DAP/ NUPES. (projeto de pesquisa), 1990.

REVISTAS

BATISTA, Roberto Carlos e SANTANA, Heron José de. O Ministério Público e os Movimentos Sociais. *Revista do Ministério Público do Estado da Bahia*, v. 7. n. 9. Jan/dez. 1998

_____; SANTANA, Heron José de. O Ministério Público e os Movimentos Sociais. *Revista do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios*, vol. 3. Set./2001.

_____. O Ministério Público e Movimentos Sociais: uma perspectiva dos direitos difusos e coletivos. *Revista do Ministério Público do DFT*, Nº 3, jan./jun. de 2000.

ISTO É, 07.07.1996 - Muralhas Abertas.

REVISTA de Direito Sanitário, Journal of Health Law. Centro de estudos e pesquisas de direito sanitário. vol. 2, n. 3, São Paulo: LTR, 2001.

TORRE, Juan Carlos. Esquema para análise dos movimentos sociais na América Latina. Ano I, n. 2. *Revista de Cultura Contemporânea*, 1979.

VEJA, 11.09.1996.

NOTAS

¹ JJ Calmon de Passos, citado por Roberto Carlos Batista, in *O Ministério Público e Movimentos Sociais: uma perspectiva dos direitos difusos e coletivos*. *Revista do Ministério Público do DFT* Nº 3, janeiro/junho de 2000.

² Paulo Eduardo Elias. *Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil*. Manual do Curso de Especialização em Direito sanitário para Membros do Ministério Público e Magistratura Federal.

³ Paulo Eduardo Elias. *Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil*. Curso de Especialização à Distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Pág. 93.

⁴ Paulo Eduardo Elias. *Ob. cit*, pág.95.

⁵ Herval Pina Ribeiro. *O Hospital: História e Crise*. Editora Cortez, São Paulo, 1993.

⁶ Herval Pina Ribeiro. *O Hospital: História e Crise*. Cortez Editora, 1993

⁷ Conceição Aparecida Pereira Rezende. *Manual em Atuação Jurídica em Saúde Pública*, p.50

⁸ Conceição Aparecida Pereira Rezende. *Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública: Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social do SUS*.

⁹ Fonte: Conceição Aparecida Pereira Rezende. *Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública*, p. 129.

¹⁰ Heron José de Santana e Roberto Carlos Batista. O Ministério Público e os Movimentos Sociais. *Revista do Ministério Público do Estado da Bahia* e v. 7. Nº 9. Jan/dez de 1998 e *Revista do Ministério Público do Distrito federal e Territórios*, vol. 3.setembro/2001.

- ¹¹ Pedro Roberto Jacobi. *Movimentos Sociais e Estado: Efeitos Político-Institucionais da Ação Coletiva*. Trabalho apresentado no GT Lutas Urbanas, Estado e Cidadania.
- ¹² Augusto Cesar de Farias Costa. *Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*. Curso de Especialização À Distância em Direito Sanitário., pág.151
- ¹³ Augusto Cesar de Farias Costa. *Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica*, in *Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e Magistratura Federal*, págs. 150/162.
- ¹⁴ Paulo Amarante(Organizador). *Loucos pela Vida*. Editora FioCruz, 2ª edição, Rio de Janeiro, 2000
- ¹⁵ Benedetto Saraceno. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro, 1999
- ¹⁶ Fonte: Augusto Cesar de Farias Costa. Ob. cit. págs. 159-160.
- ¹⁷ Franco Rotelli e Paulo Amarante . *Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos*, “in” *Psiquiatria Sem Hospícios-Organização*: Bebilton Bezerra Jr. E Paulo Amarante, Ed. Relume Dumará, 1992.
- ¹⁸ Delgado, Pedro Gabriel Godinho. *Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da USP*, 1992.
- ¹⁹ Essa luta travada, inicialmente, na escala local como acentua Ricardo Lobo Torres: “A defesa dos direitos fundamentais deve se exercer inicialmente no âmbito local. As diversas ações juntas devem são propostas perante o Judiciário estadual, instância da cidadania local”. (*A cidadania pluridimensional da era dos direitos*, in *Teoria dos Direitos Fundamatais*, Renovar, 1999.