

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
XXI CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – 2005**

---

# **A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA PROPOSTA DE CIDADANIA?**

Iolani Soares da Silva

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Cristina de Souza Vieira

---

Recife, 2005

Iolani Soares da Silva

## **A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA PROPOSTA DE CIDADANIA?**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-graduação lato sensu em nível de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ/MS, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Cristina de Souza Vieira.

Recife, 2005.

Iolani Soares da Silva

## **A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: UMA PROPOSTA DE CIDADANIA?**

Trabalho de conclusão aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-graduação lato sensu em nível de Especialização em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva/CPqAM/FIOCRUZ/MS, pela Comissão formada pelos avaliadores:

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Cristina de Souza Vieira  
Docente/Pesquisadora do Departamento de Serviço Social da UFPE.

Debatedora: Rita de Cássia Brandão  
Diretora do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS-AD Professor José Lucena e Coordenadora de Saúde Mental do Distrito Sanitário V. Psicóloga e Mestre em Antropologia.

Recife, 2005.

A minha família, pela sua presença.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela sua força.  
Agradeço a todos que, direta ou indiretamente,  
contribuíram para a construção desse trabalho.

## **RESUMO**

---

A política de saúde mental no Brasil, a partir dos anos 70, enfrenta um processo de reforma que visa superar os paradigmas e as ideologias da psiquiatria clássica. Tal processo é caracterizado pela pluralidade de propostas de construção de um novo modelo de assistência psiquiátrica, indo desde a perspectiva modernizadora à perspectiva da desinstitucionalização. Se, inicialmente, a reforma concentrava seus esforços em modernizar os métodos e técnicas da assistência em saúde mental, hoje, preocupa-se em construir uma nova visão do sujeito portador de transtorno psíquico. Essa nova visão está relacionada à noção de cidadania, que contempla o homem como ser de direitos. É com a perspectiva da desinstitucionalização que os direitos à liberdade, ao convívio social e à proteção são postos no debate da política de saúde mental, ultrapassando os limites da doença para incorporar o conceito da promoção da saúde.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, saúde mental, cidadania.

## SUMÁRIO

---

Siglas e Abreviaturas	8
Lista de Anexos	9
Introdução	10
Objetivos	12
Objetivo geral	12
Objetivos específicos	12
Ferramentas teóricas e conceituais	13
Ferramentas metodológicas	17
Resultados e Discussão	19
Considerações finais	21
Referências bibliográficas	22
Anexos	24

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

---

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde

## **LISTA DE ANEXOS**

---

**Anexo 1:** Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001

**Anexo 2:** Portaria nº 11064/GM, de 16 de maio de 1994

## INTRODUÇÃO

---

A problemática da doença mental acompanha a vida humana desde os seus primórdios. Ao longo dos séculos, podemos observar que o trato do doente mental diferenciava-se de acordo com o tipo de sociedade e o modo pelo qual se organizava. Nas sociedades tribais e feudais, o doente mental gozava de relativa liberdade e sua convivência com os demais membros da sociedade era marcada pelo serviço voluntário e pela benevolência (Tundis e Costa, 1994). Não havia uma política estatal que delimitasse as ações do doente mental e seu tratamento, já que a loucura não era definida como problema social.

Com o advento da sociedade burguesa e, conseqüentemente, do princípio da racionalidade, a doença mental torna-se um problema social. O doente mental passa a ser considerado incapaz e, por esta razão, desenvolve-se uma política de tratamento moral, que viabiliza sua exclusão e segregação da sociedade. A alienação do convívio social é a expressão, portanto, da negação do caráter de sujeito e de ser de direitos do portador de transtorno mental.

No Brasil, esse movimento caracteriza-se pelo enfrentamento da loucura restrito à ordenação jurídica, que se prestava ao controle do “alienado” e oferecia-lhe minoridade social e tutela jurídica.

Apenas nos anos 80, que a reforma psiquiátrica brasileira, sob influência da psiquiatria de tradição basagliana, incorpora a noção de direitos para a construção de um novo modelo de assistência em saúde mental. O debate sobre a cidadania, articulada à perspectiva da desinstitucionalização, dirige o processo de revisão do saber e prática psiquiátricos, provocando rupturas com a psiquiatria que legitimava a segregação da loucura.

O princípio da universalidade, presente na proposta de cidadania, confere ao portador de transtorno mental a legitimidade de direito igual aos demais cidadãos da sociedade. Na perspectiva da cidadania, todos, independentemente de sua condição, têm direitos civis, políticos e sociais e, por isso, devem ter iguais condições de acesso aos bens e serviços sociais.

Segundo Amarante (1995), a trajetória da desinstitucionalização da reforma psiquiátrica, a partir da noção de direitos, promove uma mudança de enfoque das questões sanitárias. Isto é, supera-se o conceito de doença para instaurar o da promoção da saúde mental. A reorientação do modelo assistencial psiquiátrico fica condicionada, portanto, ao novo conceito de saúde e à cidadania.

Se as iniciativas jurídico-legais evocam os direitos do doente mental e normatizam uma nova maneira de intervir na saúde mental, devemos compreender de que forma as garantias de cidadania estão situadas neste processo.

## **OBJETIVOS**

---

### **Objetivo geral:**

Identificar as garantias de cidadania na política de saúde mental no campo da reforma psiquiátrica.

### **Objetivos específicos:**

1. Realizar um resgate teórico da reforma psiquiátrica brasileira e da cidadania;
2. Identificar os direitos garantidos nas legislações, decretos, portarias e resoluções da reforma psiquiátrica brasileira.

## FERRAMENTAS TEÓRICAS E CONCEITUAIS

---

A reforma da assistência psiquiátrica brasileira, atualmente, tem se fundamentado no princípio e/ou proposta da desinstitucionalização. Essa proposta, além da defesa pelos direitos civis do homem, orienta-se pelo conceito da promoção da saúde mental. Isso significa que a preocupação em construir uma nova política de saúde mental gira em torno dos fatores determinantes das condições de saúde e não somente nas configurações da doença.

Para se chegar a essa proposta foi necessário que a psiquiatria questionasse e transformasse o conjunto de paradigmas e técnicas que lhe sustentava. Conforme Barros:

“O movimento de transformação da psiquiatria (...) radicalizou a força das denúncias sobre a instituição psiquiátrica, criando caminhos para a sua desmontagem, o que significou a desconstrução de uma materialidade, de um saber e das interferências de saberes que se consolidaram dentro do saber psiquiátrico.” (1994:174).

As reflexões do saber e prática obedecem, de acordo com Amarante (1995), uma periodização composta de trajetórias, sempre articuladas a uma conjuntura histórica peculiar. Nessa perspectiva, podemos identificar, para efeitos metodológicos, três trajetórias no processo da reforma psiquiátrica: a trajetória alternativa, a trajetória sanitarista e a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Tal periodização não se trata, entretanto, de uma evolução linear, mas histórica, em que as trajetórias se fundem umas nas outras, podendo coexistir em um dado momento.

A trajetória alternativa nasce na conjuntura dos últimos anos do regime militar autocrático, quando surgem as primeiras organizações no setor saúde, a exemplo do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Desdobra-se a partir das denúncias do modelo de atenção psiquiátrica e propõe-se a construir novas alternativas ao modelo asilar dominante. É nessa trajetória que,

“são sistematizadas as primeiras denúncias de violências, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante. É nesse momento, efetivamente, que começa a se constituir em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas.” (Amarante, 1995:90).

Esse período do processo da reforma psiquiátrica retrata, muito mais, um momento de questionamentos e críticas do que até então era legítimo. A desconstrução dos saberes torna-se prioritária em relação à proposição e operacionalização de práticas alternativas.

É na trajetória sanitarista que as táticas de um projeto alternativo começam a ser identificadas e operacionalizadas. Iniciada nos primeiros anos da década de 1980, a trajetória sanitarista, nos marcos da reforma sanitária, assume a estratégia de ocupação do aparelho de Estado como forma de implementação de uma nova política de saúde mental e de conferir uma nova dimensão à reforma psiquiátrica. A ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão, nesse sentido, é considerada a via por excelência da introdução de mudanças no sistema de saúde.

Nesse momento, segundo Amarante (1995), a influência do movimento de Reforma Sanitária leva a psiquiatria a circunscrever a reformulação da assistência no âmbito dos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da regionalização, da hierarquização e da participação comunitária. Apesar desse avanço, a perspectiva sanitarista não foi capaz de abarcar as singularidades da problemática psiquiátrica, sendo considerada:

“uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades.” (Amarante, 1995:93).

A ruptura com o movimento modernizador da reforma psiquiátrica, que assume perspectivas reformistas das técnicas e procedimentos psiquiátricos, dá-se com o início da trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Essa trajetória vincula-se ao período de democratização da vida social, nos fins da

década de 1980. O estatuto de cidadania, preconizado na Constituição Federal de 1988, possibilita ao movimento da reforma psiquiátrica uma nova dimensão: a identificação do indivíduo como ser histórico e como ser de direitos.

A participação da sociedade civil nas questões de saúde mental expressa a historicidade do ser cidadão e permite a abertura, no campo da psiquiatria, de novos saberes e práticas. Como afirma Amarante:

“A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos de saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas.” (1995:95).

É nesse período, também, que surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), propostos pelo Projeto de Lei 3657/89.

Como podemos perceber, na perspectiva da desinstitucionalização, desconstrução e invenção das formas de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico, o indivíduo é contemplado no seu direito de cidadania.

A cidadania na concepção de Marshall se identifica com o bem-estar capitalista e o acesso dos indivíduos a direitos que tradicionalmente lhes haviam sido negados (Pereira, 1987). Considerando as contribuições desse autor, a cidadania abarca três categorias: os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais.

Dessa forma,

“Ser cidadão é ter direito à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei: é, em resumo, ter direitos civis. É também participar no destino da sociedade, votar, ser votado, ter direitos políticos. Os direitos civis e políticos não asseguram a democracia sem os direitos sociais, aqueles que garantem a participação do indivíduo na riqueza coletiva: o direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, a uma velhice tranqüila. Exercer a cidadania plena é ter direitos civis, políticos e sociais.” (Pinsk, 2003:9).

A articulação dos direitos civis, políticos e sociais, nesse sentido, é emblemática. Enquanto produtos da práxis social, esses direitos foram historicamente conquistados, sendo expressão de um processo de luta e recusa da

ordem social estabelecida. Tal luta recupera e atualiza, continuamente, o propósito da mudança e/ou transformação da sociedade, de forma que as necessidades sociais sejam satisfeitas e os obstáculos ao desenvolvimento dos indivíduos sejam superados.

A proposta de ampliação e consolidação da cidadania, por conseguinte, tem como eixo central o enfrentamento real da desigualdade, e é nesse sentido que a implementação de políticas sociais *lato sensu* aparece como prioritária. Isto porque a política social, tomada a partir da noção de direito, faz parte do processo de democratização do acesso a direitos e serviços sociais e, portanto, atravessa o processo mais abrangente de socialização da política e da riqueza social.

Nessa concepção, assim, defende-se as políticas sociais gestadas sob a perspectiva da universalidade e formuladas democraticamente, isto é, da formulação à implementação, o compromisso (de natureza ética) das políticas sociais deve possuir um vínculo estreito com a satisfação das necessidades sociais, superando a lógica clientelista e privatista.

## FERRAMENTAS METODOLÓGICAS

---

O estudo consiste numa pesquisa bibliográfica e de revisão de literatura científica, que, de acordo com Umberto Eco (1996), visa descobrir o que ainda se ignora. O desvelamento do objeto de estudo dá-se, portanto, pela exploração dos conteúdos teóricos, seja através de teses, artigos ou outra produção de carácter nitidamente científico.

A pesquisa desenvolveu-se através das seguintes fontes:

1. A produção teórica sobre a reforma psiquiátrica brasileira, tomando como autor de referência Paulo Amarante, nas suas obras: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (1994) e *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (1995).

2. A produção teórica sobre cidadania, levando-se em consideração às contribuições de Marshall (1984) sobre as categorias de direitos de cidadania.

3. As legislações, decretos, portarias e resoluções, federal e do Estado de Pernambuco, que tratam da reforma sanitária e psiquiátrica do ponto de vista dos princípios e diretrizes, sendo excluídas aquelas que normatizam e regulamentam os procedimentos para a operacionalização do novo modelo de assistência psiquiátrica. São elas:

- ✓ Constituição Federal de 1988
- ✓ Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde)
- ✓ Lei nº 8142/90 (Lei do Controle Social)
- ✓ Resoluções nº 93/93 e nº 298/99 do CNS
- ✓ Lei nº 10.216/01
- ✓ Portaria nº 336/GM de 2002
- ✓ Portaria interministerial nº 353/05
- ✓ Portaria nº 106/GM de 2000 (Serviços Residenciais Terapêuticos)
- ✓ Lei nº 10.708/03 (Programa de Volta para Casa)
- ✓ Lei estadual nº 11.064/04

A análise dos dados coletados foi realizada a partir da exploração dos conceitos de políticas sociais universais e de cidadania. A observação das leis, decretos, portarias e resoluções procurou identificar as garantias civis, políticas e sociais, considerando os seus rebatimentos no cotidiano da vida social.

O estudo foi realizado no período de setembro a novembro de 2005.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

A assistência à saúde, com a Constituição Federal de 1988, é considerada de responsabilidade do Estado e tomada como direito universal. Evidentemente, a construção de uma política de saúde na perspectiva de direitos deve-se às contribuições do movimento social, que trava sua luta por garantias sociais e políticas no campo das relações entre as classes. É na VIII Conferência Nacional de Saúde, com a presença de diversos segmentos sociais, que a saúde é definida como um direito de todos e que medidas de atenção à saúde são propostas.

Em consequência desse processo, a política de saúde mental redimensiona a assistência psiquiátrica, instituindo a proposta da desinstitucionalização e da desconstrução do modelo asilar de tratamento do portador de transtorno mental. No campo legislativo, o primeiro projeto de lei data de 1989, de nº 3657, e propõe os serviços extra-hospitalares como medidas de atenção em Saúde Mental. Apenas nos anos 90, as leis estaduais da reforma psiquiátrica são promulgadas – a exemplo da de Pernambuco, em 1994. Observa-se que o movimento da reforma psiquiátrica insere-se na luta pelos princípios organizativos e diretrizes do SUS definidos na Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/90). Como era de se esperar, há entraves significativos para a sua consubstanciação, principalmente no que se refere à participação popular nos processos de tomada de decisão da política.

O direito da participação popular na construção da Política de Saúde Mental é restrito às determinações da Lei nº 8142/90, que institui os mecanismos da Conferência e do Conselho de Saúde. Não há um instrumento específico para a Saúde Mental, salvo as comissões de reforma psiquiátrica (resolução nº 93/93 do CNS) e de saúde mental (resolução nº 298/99 do CNS) definidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Mesmo considerando tais instâncias, o controle social é pouco efetivo e a participação dos portadores de transtorno mental na formulação, execução e avaliação da Política de Saúde Mental é irrisória.

No que se refere à garantia de assistência e de saúde psiquiátricas, considerando o direito à liberdade e ao convívio social, a Lei nº 10.216/01 e a Portaria nº 336/02 são exemplos emblemáticos. Tanto na lei como na portaria, a

defesa dos dispositivos extra-hospitalares visa o exercício do direito civil (liberdade de ir e vir) do portador de transtorno mental, bem como superar a prática segregadora clássica da psiquiatria, admitindo-se a necessidade de reinserção social.

Coerente a essa perspectiva, as garantias de proteção do doente mental podem ser visualizadas nos seguintes serviços: 1) no auxílio reabilitação psicossocial (Lei nº 10.708/03); e 2) nos serviços residenciais terapêuticos (Portaria nº 106/00). Ambos são destinados a uma população específica: aos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência (mínimo de dois anos). Trata-se de medidas focais, residuais e compensatórias, uma vez que a maior parte dos portadores de transtorno mental fica desprovida de medidas assistenciais que lhe assegurem o exercício da cidadania. O princípio da universalidade é, mais uma vez, substituído pelo da focalização, corroborando com a ideologia neoliberal das políticas sociais.

Dentre as garantias sociais para o portador de deficiência mental, existem algumas iniciativas que visam sua integração ao mercado de trabalho. Recursos públicos são destinados à economia privada, então denominada de economia solidária, com o fim de promover a abertura de postos de trabalho para o deficiente mental (Portaria nº 353/05). Não foram, entretanto, desenvolvidos mecanismos de controle desse projeto. Sabe-se, apenas, que os setores da economia são beneficiados com recursos públicos, favorecendo, em última instância, a acumulação de capital. Mais uma vez, a noção de direito fica subjugada à lei de mercado – ao pensamento neoliberal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Nas últimas duas décadas, a política de saúde mental registra alguns avanços no campo dos direitos civis, políticos e sociais. É inquestionável que a proposta da desinstitucionalização vem promover uma nova forma de assistência psiquiátrica, que rompe com as práticas segregadoras e excludentes da loucura. Do ponto de vista legal, a reestruturação da assistência psiquiátrica tem sido organizada de modo coerente ao direito à liberdade e à reinserção social. Entretanto, se levarmos em consideração as restrições à participação política na formulação e na avaliação da política de saúde mental, bem como o caráter seletivo das garantias sociais destinadas ao portador de transtorno psíquico, veremos que a cidadania pouco se consubstancia em seu cotidiano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

AMARANTE, P. D. C. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. RJ: Editora Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. RJ: SDE/ENSP, 1995.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. RJ: Editora Fiocruz, 1996.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. SP: Hucitec, 1985.

BERHRING, E. R. **Política Social no capitalismo tardio**. SP: Cortez, 1998.

BIRMAN, J. & COSTA, F. “Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária”. In: AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica**. RJ: Fiocruz, 1994.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. SP: Perspectiva, 1982.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. RJ: Te Corá Editora, 1992.

DEMO, P. “Focalização das políticas Sociais: debate perdido, mais perdido que a agenda perdida”. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 76. SP: Cortez, 2003.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. SP: Editora Perspectiva, 1996.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). **Textos de Apoio em Saúde Mental**. RJ: Editora Fiocruz, 2003.

MARSHALL, T. H. **Mudança estrutural da esfera pública**. RJ, Tempo Brasileiro, 1984.

PEREIRA, P. A. P. **Crítica marxista da teoria e da prática da política social no capitalismo – peculiaridades da experiência brasileira**. Tese de doutoramento. Brasília, UnB, 1987.

PINSKY, J. e PINSKY, C. B. (orgs). **História da cidadania**. SP: Contexto, 2003.

PORTO, M. C. S. “Cidadania e (des)proteção social: uma inversão do Estado brasileiro?”. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 68. SP: Cortez, 2001.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social**. SP: Cortez, 1998.

ROSA, L. C. S. Os saberes construídos sobre a família na área de saúde mental. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 71. SP: Cortez, 2002.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. SP: Cortez, 1996.

SPOSATI, A. et alli. **Os direitos dos (des)assistidos sociais**. SP: Cortez, 1995.

TOBAR, F. e YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. RJ: Editora Fiocruz, 2001.

TUNDIS, S. A. e COSTA, N. R. (orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1994.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

Lei nº 10216 – De 06 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

## ANEXO 2

### Lei nº 11064 - De 16 de maio de 1994 - Pernambuco

Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências.

Dispõe sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por rede de atenção integral à saúde mental, regulamenta a internação psiquiátrica involuntária e dá outras providências.

O presidente da Assembléia Legislativa do Estado de Pernambuco, FAÇO saber que o Poder Legislativo decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1.º São direitos do cidadão portador de transtorno psíquico e deveres do Estado de Pernambuco :

I - tratamento humanitário e respeitoso, sem qualquer discriminação;  
II - proteção contra qualquer forma de exploração;  
III - espaço próprio, necessário à sua liberdade, com oferta de recursos terapêuticos indispensáveis à sua recuperação;  
IV - assistência universal e integral à saúde;  
V - acesso aos meios de comunicação disponíveis para proteger-se contra quaisquer abusos; VI - integração, sempre que possível, à sociedade, através de políticas comuns com a comunidade de procedência dos pacientes asilares, assim entendidos aqueles que perderam o vínculo com a sociedade familiar e encontram-se dependendo do Estado.

Parágrafo Único. O disposto neste artigo se aplica também aos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, resguardado o que dispõe o Código Penal.

Art. 2.º O Estado de Pernambuco substituirá progressivamente, mediante planificação anual, os leitos dos hospitais psiquiátricos pelos recursos assistenciais alternativos definidos nesta lei.

Art. 3.º A reforma do sistema psiquiátrico estadual, na sua operacionalidade técnico-administrativa, abrangerá necessariamente, na forma da lei federal e respeitadas as definições constitucionais referentes às competências, o Estado de Pernambuco e seus municípios, devendo atender às peculiaridades regionais e locais, observados o caráter articulado, integrado e universal do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1.º A Secretaria Estadual de Saúde disporá de seis (6) meses, contados da publicação desta lei, para apresentar ao Conselho Estadual de Saúde o planejamento e o cronograma de implantação da rede de atenção integral em saúde mental de que trata esta lei.

§ 2.º O Plano Estadual de Saúde Mental será apreciado pelo Conselho Estadual de Saúde, enquanto parte integrante do seu plano de saúde.

Art. 4.º Constituem-se em recursos psiquiátricos a serem aplicados ao tratamento e assistência psiquiátrica do Estado de Pernambuco:

I - atendimento ambulatorial, o serviço externo (fora do hospital), destinado a consultas e tratamentos dos transtornos mentais;  
II - emergência psiquiátrica no pronto-socorro geral, o serviço integrado por uma

equipe especializada em atendimento, triagem e controle das internações psiquiátricas de emergência;

III - leitos psiquiátricos em hospital geral, o serviço destinado a internações e assistência de pacientes psiquiátricos em hospital geral;

IV - hospital-dia e hospital-noite, os serviços assistenciais de semi-hospitalização, nos quais o paciente, durante certo período do dia ou da noite, recebe os cuidados terapêuticos de que necessita;

§ 1.º Os serviços ambulatoriais e de emergências psiquiátricas, no âmbito do SUS, a que se referem os incisos I e II, deverão, quando funcionarem como porta de entrada do sistema assistencial de saúde mental, serem oferecidos unicamente pelo serviço público, com a competência de autorizar o instrumento responsável pelo financiamento do procedimento específico.

§ 2.º Os serviços definidos no inciso III deste artigo deverão ser oferecidos por hospital que conte com estrutura física e pessoal capacitado, área, equipamentos e serviços específicos ao portador de transtorno psíquico, em proporção não superior a 10% da capacidade instalada, limitada ao máximo de 30 leitos.

§ 3.º Qualquer outro recurso psiquiátrico não previsto nesta lei, deverá ser previamente avaliado pelo Conselho Estadual de Saúde.

Art. 5.º Os recursos psiquiátricos definidos no artigo anterior serão aplicados à população segundo critérios e normas definidos no Plano Estadual de Saúde Mental:

V - centro de convivência, atelier terapêutico ou oficina protegida, os serviços que dispõe de espaço terapêutico para convivência e recreação de pacientes com transtornos mentais com o objetivo de ressocialização;

VI - pensão protegida, o serviço com estrutura familiar, que recebe pacientes egressos de internação psiquiátrica, em condições de alta, mas sem condições de voltar ao convívio familiar.

VII - lar adotivo, o cuidado, sob supervisão, do paciente psiquiátrico crônico por família que não a sua;

VIII - unidade de desintoxicação, o serviço destinado à desintoxicação de dependentes químicos, devendo funcionar em hospital geral;

IX - serviço de tratamento de dependência, o serviço especializado no tratamento do alcoolismo ou outra dependência química, devendo funcionar nas unidades gerais da rede de saúde.

Art.6.º A implantação e manutenção da rede de atendimento integral em saúde mental será descentralizada e municipalizada, observadas as particularidades socioculturais, locais e regionais garantida a gestão social deste meios.

Art 7 º A internação psiquiátrica é involuntária quando realizada sem o consentimento expresso do paciente em qualquer serviço de saúde ou recurso psiquiátrico.

Parágrafo Único. A internação involuntária será comunicada pelo médico que a procedeu, através da instituição, ao Ministério Público, no prazo de 48 horas, contadas do procedimento, para que sejam adotadas as providências cabíveis.

Art.8.º O Poder Executivo Estadual, no prazo de 120 dias da publicação desta lei, proporá à Assembléia Legislativa:

I - instrumento de mecanismos de multa e punição ao descumprimento do disposto nesta Lei;

II - criação de órgão competente, que cuidará da Reforma da Política de saúde

Mental no Estado;

III - competência, objetivos, representação paritária no órgão estadual e prerrogativas de seus membros.

Parágrafo Único. O órgão estadual denominar-se-á de Comissão de Reforma da Política de Saúde Mental, vinculada ao Conselho Estadual de Saúde, que propondrá, acompanhará e exigirá da Secretaria Estadual de Saúde, o estabelecido nesta lei.

Art. 9.º Fica proibida ao Estado de Pernambuco, por sua administração direta, fundações, autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista nas quais detenha participação acionária, construir, ampliar, contratar ou financiar novos estabelecimentos, instituições privadas ou filantrópicas que caracterizem hospitais psiquiátricos.

I - O Estado de Pernambuco só poderá manter contratos com instituições ou estabelecimentos privados ou filantrópicos de tratamento psiquiátrico sob condição contratual de inclusão e obediência ao disposto nesta lei.

II - O Estado de Pernambuco, sob pena de rompimento do contrato, fará incluir nos contratos, ora mantidos, a obrigação de que trata o parágrafo anterior no prazo de 3 meses a contar da publicação desta lei.

Art. 10. Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 11. Revogam-se as disposições em contrário, e, especialmente a Lei 11.024, de 05 de janeiro de 1994.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO, em 16 de maio de 1994.

Humberto Costa  
Deputado