

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE: DIMENSÕES
INDIVIDUAIS E COLETIVAS
MESTRADO EM DIREITO DA SAÚDE

JARLY SILVA

O DIREITO À SAÚDE DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL
E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA MARINHA DO BRASIL

SANTOS/SP

2023

JARLY SILVA

**O DIREITO À SAÚDE DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL
E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DA MARINHA DO BRASIL**

Dissertação apresentada a Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas, sob a orientação do Prof. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto.

SANTOS/SP

2023

Autorizo a reprodução parcial ou total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

616.89 Silva, Jarly.

S58d O Direito à Saúde dos Pacientes com Transtorno Mental e a Política de Saúde Mental da Marinha do Brasil. Jarly Silva.

2023

107 pág.

Orientador: Profa. Dra. Rosa Maria Ferreira Pinto

Dissertação (Mestrado) - Universidade Santa Cecília, Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde, Santos, SP, 2023.

1. Reformas em Saúde Mental. 2. Política de Saúde Mental. 3. Modelo Adotado na Marinha do Brasil. I. Pinto, Rosa Maria Ferreiro, II. Silva, Jarly, III. O Direito a Saúde dos pacientes com transtorno mental e a política de saúde mental da Marinha do Brasil.

Dedico este trabalho à minha mãe a Sra. Marly, o melhor exemplo do que é ser mãe e à minha esposa Luciana pela paciência nas minhas constantes ausências na conclusão da presente pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a atenção especial a mim despendida pela Profa. Dra. Rosa Maria Ferreiro Pinto pelas valiosas orientações e pelo rápido retorno em todas as minhas dúvidas; a todo o corpo docente pelo conhecimento transmitido a mim e aos demais colegas mestrandos e por fim as Sra. Sandra Helena Aparecida de Araújo e Imaculada Conceição Scorza de Souza pela presteza no atendimento em todas as minhas demandas administrativas.

Agradeço ainda, aos seguintes colegas castrenses pelas profícuas discussões acerca dos temas apresentados no presente trabalho: Arlington Mendes Ribeiro e Michael Wallace Macena de Lima.

RESUMO

A história da doença mental mostrou o quanto era necessária uma reforma no tratamento dispensado ao paciente acometido por transtornos mentais. Desde o primeiro ato de libertação das correntes promovido por Philippe Pinel no final do Séc. XVIII, o que pode ser considerada a primeira reforma psiquiátrica, até os movimentos empreendidos durante todo o Séc. XX, pudemos observar uma revolução positiva no tratamento prestado ao doente. No Brasil, após inúmeros movimentos e influência do Direito Internacional, ocorreu a aprovação da Reforma Psiquiátrica promovida pela Lei 10.216/01, atualmente vigente. No âmbito do SUS houve a criação da Rede de Atenção Psicossocial com base na desinstitucionalização da internação, como medida de controle. A Marinha do Brasil pautou sua política de saúde mental conforme os ditames da reforma psiquiátrica substituindo medidas de institucionalização que demandem internação psiquiátrica, objetivando estimular e dar apoio aos doentes em suas atividades cotidianas com a finalidade no retorno ao convívio com a família e comunidade com segurança. O objetivo do trabalho é apresentar a política de saúde mental conduzida pela Marinha Brasil levada a efeito conforme regras dispostas pela Lei 10.216/01, realizando um paralelo com a Política de Saúde Mental desenvolvida pelo Ministério da Saúde sob um contexto histórico das anteriores reformas e da doença de mental, a fim de garantir o acesso a saúde ao usuário do Sistema de Saúde da Marinha acometido por transtorno mental. A metodologia utilizada foi a pesquisa qualitativa e o método exploratório baseado na pesquisa bibliográfica. Os dados obtidos demonstram que a Política de Saúde Mental desenvolvida pela Marinha do Brasil atende as regras dispostas na Reforma promovida pela Lei 10.216/01, pois procurou se basear em terapias extra-hospitalares, mantendo a internação na Unidade Integrada de Saúde Mental ou conveniada como última forma de tratamento, visando o retorno adequado do doente a sua família e comunidade, bem como que uma integração física de serviços de saúde, na forma de complexo, garante um melhor acesso a saúde ao paciente acometido de transtorno mental.

Palavras-Chave: Reformas em Saúde Mental. Políticas de Saúde Mental. Modelo Adotado na Marinha do Brasil.

ABSTRACT

The history of mental illness showed how much a reform was needed in the treatment given to patients affected by mental disorders. Since the first act of liberation from chains promoted by Philippe Pinel at the end of the 18th century, XVIII, which can be considered the first psychiatric reform, until the movements undertaken throughout the century XX, we could observe a positive revolution in the treatment provided to the patient. In Brazil, after various movements and influences of International Law, the approval of the Psychiatric Reform promoted by Law 10.216/01, currently in force, took place. Within the scope of the SUS, the Psychosocial Care Network was created, based on the deinstitutionalization of hospitalization, as a control measure. The Brazilian Navy guided its mental health policy according to the dictates of the psychiatric reform, replacing institutionalization measures that require psychiatric hospitalization, aiming to encourage and support patients in their daily activities with for the purpose of returning to living with family and community safely. The objective of this work is to present a mental health policy conducted by the Brazilian Navy carried out according to the rules provided for by Law 10.216/01, fulfilling a parallel with the Mental Health Policy developed by the Ministry of Health, under a historical context of previous reforms and the mental illness, in order to guarantee access to health for users of the Navy Health System affected by mental disorders. The methodology used was qualitative research and the exploratory method based on bibliographical research. The data showed that the Mental Health Policy developed by the Brazilian Navy complies with the desirable rules in the Reform promoted by Law 10.216/01, as it sought to be based on extra-hospital therapies, maintaining hospitalization in the Integrated Mental Health Unit or associated as a last form of treatment, seeking the adequate return of the patient to his family and community, as well as that a physical integration of health services, in the form of a complex, guarantees better access to health for the patient with mental disorders.

Keywords: Mental Health Reforms. Mental Health Policies. Model Adopted in the Brazilian Navy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Portão de Entrada da Unidade Integrada de Saúde Mental.

Figura 2 - Entrada do Centro de Atenção Diária Jutta Batista da Silva.

Figura 3 - Placa Inaugural da Nova Instalação do Centro de Atenção Diária.

Figura 4 - Atividade na Horta Terapêutica

Figura 5 - Oficina Terapêutica de Leitura.

Figura 6 - Paciente em Atividade na Musicoterapia.

Figura 7 - Atividade Física de Natação.

Figura 8 - Atividade Física e Corporal em Área de Lazer no Centro de Atenção Diária Jutta Batista.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMH	-	Assistência Médico-Hospitalar
APA	-	American Psychiatric Association
CAD	-	Centro de Atenção Diária
CAPS	-	Centro de Atendimento Psicossocial
CCHR	-	Citizens Commission on Human Rights
CEDEQ	-	Centro de Dependência Química
CFRB	-	Constituição Federal da República do Brasil
CID	-	Código Internacional de Doenças
CP	-	Código Penal
DGPM	-	Diretoria Geral de Pessoal da Marinha
DSM	-	Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders
ECT	-	Eletrochoque-Convulsoterapia
EUA	-	Estados Unidos da América
FUSMA	-	Fundo de Saúde da Marinha
INHOS	-	Indenização Médico-Hospitalar
LBHM	-	Liga Brasileira de Higiene Mental
OM	-	Organização Militar
OMH	-	Organização Militar Hospitalar
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan Americana de Saúde
OSE	-	Organização de Saúde Externa
PIDCP	-	Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos
PIDESC	-	Pacto Internacional de Direitos Econômicos e Sociais e Culturais
PSM	-	Programa de Saúde da Marinha

- RAPS - Rede de Atenção Psicossocial**
- SEDIME - Serviço de Distribuição de Medicamentos**
- SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais**
- SSM - Sistema de Saúde da Marinha**
- SUS - Sistema Único de Saúde**
- TC - Tomografia Computadorizada**
- UISM - Unidade Integrada de Saúde Mental**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. A Evolução no Conceito e Tratamento dos Transtornos Mentais	
.....	15
1.1 A Evolução na Europa	15
1.2 A Evolução nos EUA	25
1.3 A Evolução no Brasil	35
1.3.1 A criação da Liga Brasileira de Higiene Mental: a primeira instituição em relação à doença mental no Brasil.....	38
1.3.2 A Trajetória da Saúde Mental pós Liga Brasileira de Higiene Mental.....	41
2. Os Direitos dos Pacientes com Transtornos Mentais nas Reformas Psiquiátricas Brasileiras e na Legislação Penal.....	45
2.1 Reflexos do Direito Penal na Doença Mental.....	45
2.2 Reformas Históricas na Saúde Mental Brasileira.....	49
2.3 Influência do Direito Internacional na Atual Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	52
2.4 O Acesso a Saúde na Constituição Federal de 1988.....	56
3. Políticas Públicas de Acesso à Saúde Mental Civil e Militar.....	61
3.1 Política de Saúde Mental Civil.....	61
3.2 Um Modelo de Política em Saúde Mental Militar do SUS, com Base na Lei 10.216/2001.....	62
3.3 O Sistema de Saúde da Marinha e a Política de Saúde Mental.....	63
3.4 Política de Atenção Básica de Saúde Mental Desenvolvida na Marinha.....	69
3.5 Unidade Integrada de Saúde Mental.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	85
ANEXO A - Manual DSM-2006	88
ANEXO B - Regulamento da Unidade Integrada de Saúde Mental.....	94
ANEXO C - Regimento da Unidade Integrada de Saúde Mental.....	98

INTRODUÇÃO

A doença mental, desde a idade média até a idade contemporânea, foi associada a crenças espirituais, punição divina ou possessão espiritual. Muitas das vezes também era encarada como distúrbio do caráter ou condição social, e, por isso quem estivesse acometido por doença mental era encarcerado e acorrentado junto a criminosos, mendigos e pobres, sendo considerado um pária pela comunidade. Porém numa virada conhecida como revolução da psiquiatria ocorrida no final do século 18, empreendida pelo médico Phillipe Pinel e pelo filantropo William Tuke, a loucura fora encarada como doença, muito embora o tratamento aplicado ainda padecia de rigor científico, pois possuíam natureza de experimentos. A grande mudança adotada nesta revolução foi libertação das correntes dos doentes mentais.

A psiquiatria evoluiu bastante durante os séculos, em especial entre os séculos XX e XXI, no diagnóstico, abordagem terapêutica e no tratamento farmacológico da doença mental, porém não conseguiu curar o estigma social trazido pela doença. Muito embora vivamos numa sociedade mais evoluída e tolerante a condição médica involuntária da doença mental, tal patologia ainda é vista pelo próprio paciente como sinal de vergonha e pela sociedade de forma preconceituosa. Tal conduta não mais se sustenta, pois hoje o acometido por transtorno mental, devidamente tratado e medicado, desenvolve suas atividades como todas as outras pessoas. Sua condição não pode ser usada como estigma humilhante, sob pena de voltarmos ao tempo em que a doença mental era encarada como castigo divino, possessão ou falha moral, pois o paciente sofre de verdadeira doença, cujo conceito já se encontra firmado pela ciência médica.

Em razão da vigência da Lei 10.2016/01 houve a queda do modelo hospitalocêntrico no Brasil, o qual se baseava na internação do doente como política de exclusão e controle social. A reforma trazida por esta norma elevou, como política essencial de saúde mental, o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), surgida no final dos anos 80, sendo conduzida como política central nos anos 90, pelo Ministério da Saúde. Em razão da Reforma, também foi criada em 2011, pelo Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), centrada em várias abordagens terapêuticas acordo grau de sofrimento mental apresentado pelo doente, focada em medidas extra e intra-hospitalares, pois

nela também está prevista a internação hospitalar, embora como última medida terapêutica após o insucesso das demais, tendo sido mantida como política central o modelo CAPS.

A Marinha do Brasil, por meio de seu programa de saúde mental disposto na norma interna denominada Manual DSM-2006 (Anexo A)¹, procurou se pautar nas regras definidas pela Reforma Psiquiátrica promovendo tratamentos preventivos e ambulatoriais, de forma a garantir ao doente abordagens terapêuticas extra-hospitalares diminuindo as consequências causadas pelo sofrimento mental, visando seu retorno estável à família e ao convívio social em sua comunidade. Também neste sentido, a norma DGPM-401 que trata da Assistência Médico-Hospitalar aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM), eleva medidas terapêuticas extra-hospitalares como modelo central, conforme regras dispostas na Lei. 10.216/01, embora também forneça os serviços de internação psiquiátrica, porém como última abordagem terapêutica ao paciente em sofrimento mental.

Dentro da Política Mental empreendida na Marinha do Brasil, a Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) é responsável, por delegação da Diretoria de Saúde da Marinha, a conduzir as atividades de coordenação técnica e execução das atividades relacionadas a saúde mental na área do Rio de Janeiro. A UISM é um complexo de serviços hospitalares que atende de forma multidisciplinar o paciente tanto na forma ambulatorial, quanto na internação psiquiátrica quando necessária. Embora seja uma unidade psiquiátrica também oferece diversos outros tratamentos em saúde. Tal unidade em muito se assemelha a política da RAPS, a qual tem por um de seus objetivos a integralidade. Apesar de existir a previsão na integralidade da RAPS como política, como realidade não existe um complexo, o qual contemple todos os serviços de forma unificada. A Marinha do Brasil procurou unificar os diversos serviços ofertados de forma a garantir o mínimo de absenteísmo e conseqüentemente um abrangente acesso a saúde mental por seus usuários.

A presente pesquisa tem como objetivo apresentar a política de saúde mental conduzida pela Marinha do Brasil, editada conforme regras dispostas pela Lei 10.216/01, em cotejo com a Política de Saúde Mental desenvolvida pelo

¹ Manual DSM-2006 – Disponível em site da Intranet apenas ao público interno da Forças. Sua íntegra se encontra na referência, bem como os anexos B e C.

Ministério da Saúde, bem como avaliá-la sob um contexto histórico das anteriores reformas e da doença de mental, a fim de garantir o acesso a saúde ao paciente psiquiátrico. A importância deste estudo é apresentar as nuances e semelhanças entre as políticas públicas de saúde mental desenvolvidas tanto no meio civil quanto no meio militar

Para desenvolver a pesquisa qualitativa sobre o tema, o método empregado foi o Exploratório, com base na pesquisa bibliográfica doutrinária, legislativa e documental acessada por meio eletrônico.

O presente estudo é estruturado em três capítulos: o primeiro traz uma reflexão sobre a evolução e avanço no tratamento dos transtornos mentais na história do mundo; o segundo descreve os direitos dos acometido por transtornos mentais nas reformas da saúde mental no Brasil e reflexos no direito penal e por fim o terceiro que trata da atual política de saúde mental desenvolvida tanto no âmbito civil como no ambiente militar da Marinha do Brasil. Tal estrutura se faz necessária, pois devemos sempre refletir sobre como houve avanço no tratamento, bem como a evitar retrocesso no acesso à saúde ao ser humano com sofrimento mental.

Ressalte-se o interesse especial, deste pesquisador pelo tema, devido a ter sido militar da especialidade enfermagem, tendo prestado atendimento psiquiátrico na referida instituição, tanto como membro da tripulação² da Unidade Integrada de Saúde Mental, quanto por elemento do Programa de Saúde Mental da Marinha em outras Organizações Militares, por mais de 20 anos. A arte do cuidar se pode resumir com as seguintes palavras de Florence Nightingale:

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes! (1871).

² Tripulação - é a denominação dada aos servidores militares de uma organização militar, com exceção de seu Comandante ou Diretor.

1. A Evolução no Conceito e Tratamento dos Transtornos Mentais

O histórico da psiquiatria e de seus doentes acompanha e evolução da humanidade, quanto mais antiga a população, mais antiga sua história. Portanto, a fim de estabelecer uma ordem cronológica criteriosa da evolução da doença mental seguiremos a ordem da evolução do povo na seguinte forma, primeiro estudaremos a evolução no conceito e tratamento dos transtornos mentais na Europa onde o histórico foi muito bem detalhado pelos historiadores; em um segundo momento, veremos a evolução nos Estados Unidos da América (EUA) e por fim no Brasil.

1.1 A Evolução na Europa

Com a regressão rápida da Lepra no século XV e, por consequência alguns leprosários se encontrarem vazios e sem utilidades, bem como estabelecimentos e materiais destinados a essa doença encontrarem-se sem destinação, em especial na Alemanha e rapidamente na Inglaterra, houve a conversão dos leprosários e seus bens em estabelecimentos hospitalares destinados as outras doenças incuráveis e a loucura, sendo-lhes confiadas as administrações as diversas instituições de caridade. Foi o que aconteceu em Leipzig, Munique, Hamburgo, Stuttgart. Cabe ressaltar que tais estabelecimentos eram escuros, insalubres e tinham nitidamente o objetivo de isolar pacientes acometidos por doenças contagiosas e desconhecidas até aquele período, assim garantindo a exclusão de seus internos das comunidades a que pertenciam.

No final do século XV, a contaminação da lepra fora substituída pela disseminação das doenças venéreas, conforme palavras de Foucault (2019, pág. 7) as doenças venéreas acabaram por suceder a lepra como herança, pois todo aparato de segregação destinado aos leprosos, se podia ver também aplicado aos portadores de doenças venéreas, os quais o sucederam. Ainda se podia ver, acolhidos e dividindo o mesmo espaço em instituições hospitalares, alguns poucos leprosos e diversas pessoas portadoras de doenças venéreas, as quais acabaram por se tornar sua maioria. Os leprosos tinham medo do contágio

por doenças venéreas o que levou a Alemanha a construir alguns estabelecimentos com vistas a separar ambas as patologias e lhes prestar tratamento distinto. Com o surgimento das doenças venéreas um fenômeno acontece no modo de internação em conjunto com a loucura, não houve tratamento adequado num contexto médico e sim criou-se um espaço de exclusão. Ressalte-se que a doença venérea logo se tornou uma epidemia, não restando espaço para internação dos doentes mentais, os quais vagavam pelas ruas.

Ainda no século XV aparecem várias peças teatrais e literatura abordando a chamada “Nau dos Loucos”. Tal navio, de acordo com Foucault (2019, pág. 8), era uma embarcação estranha que navegava entre os Rios da Renânia e nos Canais Flamengos. Tais textos abordavam o paralelo entre os navegadores com a loucura, já que muitas das longas viagens marítimas levavam alguns de seus tripulantes aos delírios do mar. Aproveitando-se das ideias desenvolvidas nestas obras e da impossibilidade de construção de estabelecimentos hospitalares suficientes a todos, já que os outros construídos se encontravam cheios de pacientes com doenças venéreas, os grandes centros, como em Nuremberg, utilizaram de embarcações para transportar os acometidos pela loucura, em especial os estrangeiros, escorraçando-os para outras cidades menores, ilhas e áreas pouco povoadas no caminho da viagem, quando não se pudesse devolvê-los as suas terras natais. Apenas os nacionais permaneciam em seu território, pois cada cidade aceitava cuidar dos seus nacionais. Nesse período houve a criação de hospitais para a população acometida por doença mental, como o Hotel-Dieu em Paris, bem como unidades de detenção como Châtelet de Merlun, Torre dos Loucos de Caen e as inúmeras Narrtumer (Casas de Tolos) na Alemanha, como Lubeck e Jungpfer em Hamburgo. Apesar de algumas cidades expulsarem os loucos de seu território, algumas como Nurembergue os acolhiam e lhes forneciam alojamento e alimentação. Foucault afirma (2019, pág. 12) que enquanto perdurou a experiência clássica na literatura e no teatro referente à loucura e a dicotomia entre ela e a água, permaneceu este comércio marítimo das pessoas acometidas de loucura ligadas ao homem europeu da época.

Com o surgimento do tema “morte” nas peças teatrais e na literatura houve a diminuição gradativa da prática de expulsão sistemática por via

marítima, porém sem uma abrupta ruptura, pois as obras logo adotaram a loucura e devaneios, porém na ocasião da morte.

A loucura estava presente nas obras artísticas do renascimento, como nos navegadores na “Nau dos Loucos” e a loucura na morte já descritas, bem como na loucura das tentações de Adão, a loucura na face animal do ser humano, a loucura do amor, pois acreditavam que em todas as ações humanas, as quais este empreendia, havia um componente de devaneio nelas. Como se pode notar, a loucura na Renascença fora objeto de culto em suas obras literárias e dela se alimentou durante muito tempo, embora a realidade dos acometidos por doença mental fosse totalmente distinta das peças. Neste período a loucura fascinou o ser humano.

Quando adentrou o século XVI uma nova visão religiosa nasce sobre a loucura, porém desvinculada da ideia de possessão ou chaga e sim como a renúncia ao mundo. Esse mundo, o qual se referem os religiosos, são os prazeres terrenos diversos, ou seja, a chamada loucura mundana. Muito embora os religiosos à época condenassem tais loucuras, eles admitiam a loucura cega na fé cristã do universo mítico da religião.

Neste sentido, assim se expressa Foucault:

E é loucura ainda, nessa ordem, o movimento através do qual se tenta subtrair-se a essa situação para chegar a Deus. No século XVI, mais do que em qualquer outra época, a Epístola de Coríntios assume um prestígio incomparável: “Falo na condição do louco, e o sou mais do que ninguém. “Loucura é essa renúncia ao mundo; loucura, o abandono total a vontade obscura de Deus; loucura, essa procura cujo fim não se conhece – esses são outros tantos temas caros aos místicos. (FOUCAULT, 2019, p. 32)

É no século XVI que finalmente o último tipo de loucura associada às obras literárias, a chamada loucura da paixão desesperada levando a fatalidade da morte que leva a demência, encerra este ciclo de fascinação humana. Foucault (2019, pág. 39) destaca essa loucura, tanto na obra de Shakespeare quando se apresenta a loucura na morte de seus principais personagens, quanto na obra de Cervantes cujo personagem se entrega a toda sorte da loucura de sua imaginação. Neste período encerra-se a mórbida paixão humana pela loucura em suas obras artísticas e literárias, com o surgimento do hospital destinado ao louco e seu internamento.

No Século XVII, a loucura perde o caráter de veneração, para ser reduzida ao silêncio com a criação de várias casas de internamento. Em Paris, por

exemplo, de cada cem habitantes, um era encarcerado nessas casas. No Absolutismo, por meio de cartas régias, existia um poder absoluto para criar medidas arbitrárias de exclusão. Nas instalações dessas casas eram mantidos além dos alienados, pobres e criminosos, ou seja, toda a população que era rejeitada pela sociedade.

A fim de garantir mais instalações a estes “rejeitados” Paris se serviu, no ano de 1656, de um decreto para criação do Hospital Geral. Tal hospital não era uma construção física, mas uma política de junção de diversas casas de internamentos já criadas e em construção em conjunto com hospitais, sob administração única; reformou-se Salpêtrière que era um arsenal; o tratamento de Bicêtre foi reformulado; a Casa da Grande e Pequena Misericórdia no bairro de Saint Victor e o Hospital de Ciprião e Savonnerie todos estes estabelecimentos foram agora destinados às pessoas de todo o sexo, idade, qualidade de nascimento e condição: válido, inválido, curável ou incurável foram ali internadas por espontânea vontade ou compulsoriamente pela autoridade real ou judiciária, para serem alojados e alimentados.

Cabe ressaltar que após a instalação do primeiro Hospital Geral, este possuía mais de seis mil pessoas internadas. Apesar da alegação que a adoção do internamento seria para tratamento, ainda estava muito longe de tal conceito, pois o Hospital Geral não poderia ser considerado um estabelecimento médico e sim uma estrutura jurídica com a finalidade de encarcerar essa população considerada degenerada pela sociedade da época. Poderia ser classificado como um poder, as margens do poder.

No Hospital Geral se criou uma estrutura jurídica com certos poderes judiciais circunscritos dentro de seus muros, a qual poderia julgar e executar a pena do interno nas suas dependências. A fim de cumprir esse desiderato dentro das diversas casas e hospitais pertencentes ao aglomerado Hospital Geral, e, até em áreas próximas prisões, celas, grilhões, postes poderiam ser aplicados à esses condenados.

Como é possível notar o funcionamento e os propósitos do Hospital Geral em nada se assemelhavam a uma unidade hospitalar, mas a instituições destinadas ao encarceramento e repressão. Para exemplificar, seu diretor não era um médico, possuía a denominação de Grande Dispensário por nomeação do rei, sendo ajudado pela Igreja Católica. O próprio rei da França, diante dos

propósitos alcançados pelo primeiro Hospital Geral, estabeleceu um édito datado de 1676, no qual previa o estabelecimento de um Hospital Geral em cada cidade. Alguns outros foram criados, principalmente nas cidades mais ricas, no total de 32, já próximo a Revolução Francesa.

Neste mesmo século, na Alemanha, foram criadas casas de correção chamadas Zuchthausern, na cidade de Hamburgo (1620), em Bale (1667), em Breslau (1668), em Frankfurt e Spandau (1684) e Königsberg (1691) e continuaram a aumentar no século XVIII, como em Leipzig (1701), em Halle (1717), em Cassel (1720), em Brieg e Onasbruck (1756) e por fim em Tougau (1771).

Na Inglaterra foram construídas as chamadas Houses of Correction no ano de 1575, com vistas a punição dos vagabundos e alívio aos pobres e doentes. Ao final do século XVIII já existiam 126 destas casas de correção no país, nas cidades de Worcester, Dublin, Plymouth, Norwich, Hull e Exeter.

Como visto a instituição das casas de internamento foi um movimento que se espalhou no final do século XVIII, além dos países já citados, também em países como Holanda, Itália e Espanha, portanto, em toda Europa conhecida a época. Sendo assim, todos os países adotaram o internamento como política de segregação e isolamento aplicada aos doentes mentais, pobres e criminosos.

É neste ambiente do Hospital Geral que o alienado mental sofre numa dicotomia em seu tratamento, pois em algumas vezes era tratado de forma beneficente por ser encarado de um cidadão de Deus e por vezes de forma repressiva, considerado pelo Estado como um pária, ou seja, não há respeito a sua condição médica. Sob a análise de seu valor funcional, a criação das casas de internamento poderia ser considerada um fracasso, pois ao invés de promover um tratamento médico promovia a segregação de todos aqueles considerados indigentes, em especial, os doentes que realmente necessitavam de tratamento de suas patologias. Por isso, se observou o desaparecimento destas casas pela Europa no século XIX, tardiamente.

Com o reconhecimento inicial do fracasso da instituição do Hospital Geral e o aproveitamento de suas instalações houve um ambiente propício para o surgimento do internamento e tratamento médico aos doentes mentais, mesmo que de forma rudimentar e embrionária, pois eram desconhecidas as causas da doença.

No Hotel Dieu, localizado na França, se aplicavam cuidados terapêuticos como sangrias, purgações, vesicatórios, banhos e principalmente reconheciam que o frescor, ar puro e a pureza dos campos podiam efetuar melhoras ao paciente. Separaram homens e mulheres, sendo homens em Bicêtre e mulheres em Salpêtrière, neste momento existiam 74 vagas em cada unidade destinadas aos insanos. Do mesmo modo, na Inglaterra, as instalações de Bethlehem foram destinadas aos loucos, cujo local abrigava cerca de 150 pessoas. É nesta unidade que havia a visita regular de um médico e um sistema de tratamento promovido pelo médico psiquiatra John T. Monroe (1716-1791), em 1783.

Mesmo após essa mudança de paradigma relativa a doença mental, ainda existiam práticas discriminatórias quanto aos seus doentes. Para fins de aplicação de tratamento os pacientes eram separados entre aqueles “curáveis” e os “não curáveis”, enquanto aqueles recebiam algum tratamento médico, estes eram relegados a condição de prisioneiros, já que muitas das vezes permaneciam acorrentados. Apesar de algumas instituições possuírem médicos efetuando atendimento, em sua maioria não havia visitas médicas. De acordo com Foucault (2019, pág. 127 e 128), diante desta falta de médicos, muitas das vezes as internações e tratamentos eram prescritos por juízes, além do poder de julgar eles possuíam também o juízo médico, podendo ser considerada uma verdadeira “jurisprudência da loucura”. Diante de tais julgamentos os doentes eram mantidos acorrentados nas casas e hospitais, pois o ser doente não era considerado um ser social e deveria ser excluído do convívio com a sociedade.

Diante dessa forma de tratamento atroz, é com Phillipe Pinel que ocorrerá o primeiro movimento de reforma da psiquiatria que encarará o doente mental como ser humano e tratará de sua doença com base na medicina.

Quando os médicos começam a adentrar a todas as instalações destinadas aos doentes mentais, logo se estabelece uma relação entre paciente e médico, surgem os tratamentos e são estabelecidos os diagnósticos e, portanto, reconhece-se que o louco possui uma doença que necessita ser tratada de acordo com as práticas médicas estabelecidas, tendo reconhecida sua posição social na comunidade.

Para fins de exemplo neste momento há primeira divisão estabelecida entre as doenças mentais assim descritas, conforme ensinamento de Foucault (2019, pág. 262 a 307):

- a) O Grupo da Demência – estupidez, imbecilidade, idiotia e patetice;
- b) Mania e Melancolia – respectivamente: delírio e tristeza;
- c) Histeria e Hipocondria – respectivamente: perturbação do espírito e espasmos dos nervos.

De acordo com essa distinção e nas observações do paciente mudam-se seus tratamentos. Terapêuticas com calor e frio, banhos de imersão, tratamento com ópio, vapores, saponáceos, a regulação de movimentos, sono, música, dentre outros eram aplicadas conforme o humor do paciente, em uma tentativa de oferecer tratamento.

A partir das observações, conforme retrata Lieberman e Ogas (2019, pág. 59), aparelhos foram criados para o tratamento dos doentes mentais como a máquina giratória Mason Cox, no começo do século XIX, aplicada à melancolia e, a aplicação da cadeira tranquilizadora de Rush aos acometidos por histeria. Com a adoção de critérios médicos se pôde observar a evolução no tratamento ao doente mental. Muito embora tivesse ocorrido um avanço no tratamento dispensado aos doentes, tais avanços somente foram aplicados naqueles pacientes considerados curáveis, enquanto os considerados incuráveis eram mantidos presos em celas ou acorrentados e não lhes eram dispensados qualquer cuidado médico.

É neste contexto que surgiram Philippe Pinel³ e William Tuke⁴ com vistas a oferecer um tratamento digno a todos os doentes mentais sem distinção. Pinel, com sua reputação médica já estabelecida, assumiu a função de chefe médico em Bicêtre justamente para avaliar os internos e estabelecer uma distinção entre doentes curáveis e incuráveis, pobres ou criminosos e promover a libertação daqueles que realmente não eram doentes, enquanto Tuke, um quacre⁵, não concordava com o tratamento destinado aos doentes no hospital de York, na Inglaterra.

³ Philippe Pinel (1745-1826) – Médico Psiquiatra francês que dirigiu os Hospitais de Bicêtre e Salpêtrière. Conhecido por banir tratamentos cruéis aplicados no internamento e tratamentos antigos.

⁴ William Tuke (1732-1822) – Negociante e Filantropo inglês cujo feito foi a criação da instituição asilar na qual prestava tratamento humanizado aos doentes mentais. Projetou e dirigiu o Retiro de York em 1792.

⁵ Membro de uma seita protestante inglesa (a Sociedade dos Amigos).

Depois de atuar por um tempo em Bicêtre, conhecido como principal centro de hospitalização dos denominados “insensatos”⁶, libertou diversos pacientes considerados doentes incuráveis e perigosos estabelecendo tratamento médico a todos eles e com esta simples conduta muitos pacientes melhoravam. Foucault (2019, pág. 489 e 490) cita o exemplo de um capitão inglês mantido por quarenta anos acorrentado e considerado o mais temível de todos os internos, depois de livre passa a contemplar o sol e exclama: “como é bonito” e durante os mais dois anos seguintes de internação, não se teve nenhum acesso de furor e obteve alta. Portanto, a libertação física também promovia a libertação mental e conseqüentemente a razão e a alta hospitalar. Devido à preocupação da administração de Bicêtre com as condutas e intenções de Pinel, este fora removido a Salpêtrière que continuou a aplicar a sua forma de tratamento.

Já Tuke, um filantropo inglês, criou como forma de tratamento humanizado aos doentes mentais, o conceito de retiro em casas de campo longe das grandes cidades, onde o ar é impregnado. Neste local, com o ar fresco, fertilidade do solo e ausência de grades o paciente ficaria livre e poderia trabalhar no cuidado com a terra. Havia a previsão de um leito para cada paciente, o que possibilitou condições de salubridade e conforto diversas daquelas encontradas nos Hospitais Gerais e Casas de Internamento. Não haveria grades ou correntes que mantivessem os doentes restritos, apenas alguns cuidadores desarmados os manteriam sob vigilância. Havia humanização no tratamento e as abordagens nos períodos de crises eram efetuadas com base na compensação ou repreensão verbal. Muitos dos que lá ficavam recebiam alta com melhora no seu quadro. Em ambas as abordagens, tanto a de Pinel quanto a de Tuke, a medicina predominou. Assim permaneceu o tratamento até sua modernização com advento dos psicanalistas, alienistas e o tratamento medicamentoso entre o final do século XIX e no século XX.

Dominada, agora, pela medicina, a pesquisa se fez mais presente no século XX, muito embora algumas delas de eficiência duvidosa e, por vezes, fraudulenta, porém se deve ressaltar que não havia cura para os transtornos da mente e por vezes o próprio doente se tornava parte das pesquisas. Diversos

⁶ Denominação dada ao também chamado louco, doente mental, acometido por transtorno mental, etc.

experimentos surgiram com base na observação, bem como os aparelhos já citados e acabaram sendo transformados em formas de tratamentos, cabendo citar os seguintes, conforme sistematizados por Lieberman, et al. (2019, pág. 148 a 163):

a) Piroterapia: baseado na aplicação de agentes infecciosos que causavam febre, com o fim de tratar psicoses. Após experimentos baseados na indução da febre realizados pelo psiquiatra austríaco Dr. Julius Wagner Von Jauregg (1857-1940), verificou-se melhora nos pacientes acometidos de psicose. Muito embora outros psiquiatras utilizassem tal técnica no tratamento de outras doenças mentais, não se observava o mesmo sucesso quanto nas psicoses e, assim, diante das inúmeras mortes de pacientes em virtude das infecções causadas, houve o abandono dela. Apesar das mortes sofridas, tal experimento garantiu o Prêmio Nobel a Jauregg, o primeiro da medicina, no ano de 1927;

b) Coma Insulínico: promovido pelo psiquiatra austríaco Manfred Joshua Sakel (1900-1957), o experimento se baseava na aplicação de doses altas de insulina nos esquizofrênicos, promovendo artificialmente hipoglicemia. Esta técnica acalmava os pacientes, pois lhe retirava o açúcar e por consequência os deixavam com menos energia. O risco de dano cerebral era constante já que o cérebro necessita de glicose para funcionar e a sua falta poderia levar a lesões cerebrais. Sakel chegava alegar que tal desvantagem seria na realidade uma vantagem, por ocorrer uma perda na tensão e agressividade do esquizofrênico. Tal terapia foi utilizada largamente nas diversas instituições psiquiátricas nas Américas e na Europa entre os anos 1940 e 1950, as quais criavam seu próprio protocolo;

c) Lobotomia: esta técnica foi criada a partir do estudo do cérebro além dos séculos, advinda da técnica antiga da trepanação. No ano de 1933, Antônio Egas Moniz (1874-1955), neurologista do corpo docente da Universidade de Lisboa, compartilhava a certeza dos psiquiatras biológicos de que ferimentos causados em determinadas áreas do cérebro prejudicariam movimentos, comportamentos e emoções ao danificar as áreas respectivas, e, levantou uma hipótese ao reverso, se danificasse uma parte apropriada do cérebro, comportamento e emoções poderiam ser corrigidos, com isso passou a estudar as diversas áreas do cérebro.

Em 1935, Moniz assistiu uma palestra promovida por um neurologista pesquisador em Yale e fez uma observação de que quando pacientes tinham o lobo frontal do cérebro danificado ficavam emocionalmente tranquilos, descobrindo uma forma de acalmar as emoções violentas da doença mental. Em 1935, no Hospital Santa Marta em Lisboa, realizou seu primeiro procedimento, por meio de anestesia geral, com o apoio do jovem neurocirurgião Pedro de Almeida Lima (1903-1985), já que Moniz não tinha formação em neurocirurgia. Além deste procedimento, realizou mais outros vinte, seguindo a mesma técnica de anestesia associada a produção de dois furos na parte frontal do crânio, abaixo dos olhos, por onde era inserida uma agulha inventada por ele, na qual era puxado o embolo, para logo em seguida girar um leucótomo e cortar e uma parte do tecido cerebral do tamanho de um caroço de maçã, a fim de conseguir o êxito na técnica. Em 1936 chegou aos seguintes resultados, após realizar o procedimento nestes vinte pacientes: 1) nenhum paciente sofreu piora; 2) sete apresentaram melhora significativa; 3) sete melhoraram um pouco e 4) seis não apresentaram melhora alguma. Apesar das críticas, o procedimento foi encarado como cura milagrosa e utilizado largamente nos diversos manicômios da Europa e América, pois o problema enfrentado pelas instituições psiquiátricas era cuidar de pacientes turbulentos e intratáveis para o convívio em sociedade e mesmo qualquer um dos resultados apresentados se apresentava benéfico. A referida técnica cresceu não somente para tratar pacientes problemáticos, mas aplicada a todo tipo de doença mental, sem pesquisa médica individualizada.

d) Psicocirurgia: inventada por um médico americano chamado Walter Jackson Freeman (1895-1972) em 1946, o qual se aproveitou dos estudos de Moniz sobre a lobotomia, já que a psicocirurgia em muito se assemelhava ao procedimento da lobotomia, embora pudesse ser dispensada a anestesia, centro cirúrgico e o apoio de um cirurgião na administração do procedimento, o que facilitava na aplicação do procedimento. A técnica podia ser feita em qualquer consultório e se baseava na introdução, abaixo dos globos oculares, de um instrumento criado por Freeman que se parecia com um picador de gelo; batia-se com um pequeno martelo de madeira junto com este instrumento em uma camada fina do osso no crânio – próxima ao conduto lacrimal -, girava-se essa ponta a fim de causar um dano no lobo central. Quando faleceu em 1972, Freeman já tinha realizado duas mil e quinhentas psicocirurgias, em mais de 23 estados americanos. Tais

procedimentos foram realizados até as revoluções no tratamento entre 1950 e 1960;

e) Eletrochoque-Convulsoterapia (ECT): em 1934 o médico húngaro Ladislav J. Meduna (1896-1964) descobriu que ao induzir surtos em paciente, por meio de metrazol, eles se acalmavam, porém como era uma droga potente, muitos pacientes vieram a óbito. Apesar disso e se aproveitando de tal experimento o médico italiano Ugo Cerletti (1877-1963) começou a aplicar choques na cabeça de animais, se utilizando, também, da técnica dos açougueiros que quando degolavam os porcos aplicavam choques em suas cabeças, para que ficassem quietos. Cerletti não era inventor, portanto, recorreu ao psiquiatra e inventor italiano Lucio Bini (1908-1964), com a finalidade de construir uma máquina para administração de ECT em humanos, a qual ficou pronta no mesmo ano de 1938. Tal ideia, apesar de terrível, foi aplicada, como experimento, em um paciente anestesiado no mesmo ano, obtendo uma melhora significativa no quadro de depressão, após o despertar da convulsão.

No ano de 1940 a técnica de ECT foi amplamente utilizada em todas as instituições psiquiátricas no mundo, substituindo a convulsão por metrazol. Ainda hoje o ECT é utilizado em pacientes que sofrem de depressão profunda, porém o protocolo obrigatório para aplicação exige anestesia e centro cirúrgico. Com aparelhos mais modernos se pode calcular a quantidade necessária de energia para provocar as convulsões, como no caso da Estimulação Magnética Intracraniana que em muito se assemelha ao ECT. Ressalte-se que a American Psychiatric Association (APA), o National Institute of Health (NIH) e o Food and Drug Administration (FDA) aprovaram a utilização do ECT como tratamento. Apesar de tais tratamentos serem considerados cruéis, era o que se podia contar naquela época, de acordo com a ciência aplicada e muitas das vezes os meios aplicados, se justificavam em busca do melhor resultado.

1.2 A Evolução nos EUA

A ascensão da psiquiatria nos EUA ocorreu com a fundação da APA (Associação de Psiquiatria Americana, em português) em 1844, cujo tratamento dispensado era o modelo alienista estabelecido por Pinel, no qual os pacientes eram mantidos sob observação dentro dos hospitais, sendo-lhes prestados

basicamente cuidados paliativos pelos médicos alienistas⁷, a fim de promover, conforme ensina Lieberman, et al. (2019, pág. 36) a sensação de estabilidade e autocontrole dos pacientes necessários as atividades básicas diárias deles, portanto, o médico alienista é considerado um cuidador. Ainda hoje, unidades de internação como o Centro Médico da Universidade de Colúmbia e Hospital Presbiteriano de Nova York ainda empregam o conceito das atividades rotineiras prescritas por Pinel, como a organização disciplina e a higiene pessoal. A Psicanálise de Sigmund Freud⁸ e de sua Sociedade Psicanalítica⁹ era restrita aos consultórios particulares àqueles, mais abastados, que pudessem pagar pela consulta.

Os alienistas eram os psiquiatras que trabalhavam nos manicômios, os quais se diferenciavam dos psicanalistas que mais atuavam nos consultórios particulares e adeptos da psicanálise. Embora os alienistas não comungassem com as práticas da psicanálise, acabaram por ceder, diante três motivos, primeiro: era que a psiquiatria teria mais reconhecimento como ciência, pois atenderia gente mais seleta e ganharia visibilidade com ajuda desse público; segundo: como o atendimento era realizado a pessoas com maior poder aquisitivo, conseqüentemente o ganho seria melhor e, terceiro: apenas médicos psicanalistas eram nomeados diretores de estabelecimentos médicos. Cabe ressaltar que até 1917 apenas 8% dos psiquiatras tinham consultório particular, enquanto em 1941 esse número pulou para 38% e, em 1960 cerca de 60%.

Nos EUA surgiram muitos tratamentos buscando a cura da doença mental, porém, quase em sua maioria, poderiam ser considerados verdadeiras fraudes devido a ineficiência dos resultados, acordo descrito por Lieberman, et al. (2019, pág. 16 a 24), tais autores citam os seguintes exemplos:

1. Terapia Orgonal de Wilhelm Reich (1897-1957) - psiquiatra e psicanalista discípulo de Freud, o qual criou o Instituto Orgone e um aparelho chamado de acumulador de orgônio. Alegava em seu estudo que o orgônio era um elemento da natureza, o qual poderia se acumular no organismo humano com o tempo e

⁷ Alienistas – Movimento de médicos desencadeado entre os séculos XVIII e XIX que trata fisicamente os sintomas da doente mental procurando minimizar os efeitos dela decorrente e procurando minimizar seus impactos. Teve como expoente o médico francês Phillipe Pinel. Normalmente desenvolvido em Hospícios.

⁸ Sigmund Freud (1856-1939) – Médico Neurologista e Psiquiatra alemão criador da Psicanálise.

⁹ Psicanalistas – Movimento de médicos baseados na teoria de Freudiana da análise do psiquê humano. Desenvolvida em consultórios.

como consequência deste acúmulo acarretava diversos distúrbios mentais. Realizou este tratamento em diversas pessoas, as quais sentiam um alívio placebo e logo seus sintomas retornavam. Tal pesquisa e tratamento teve endosso do renomado cientista Albert Einstein (1879-1955). Reich chegou a alegar que seu aparelho curava o câncer o que motivou a cassação no registro de seu aparelho e o fechamento de seu Instituto pela FDA (Food and Drug Administration), culminando com sua prisão em 1956. Morreu preso em 1957; e

2. Terapia a Base de Spect Cerebral¹⁰ de Daniel Amen (1954 -), psiquiatra, apresentador da rede de TV SBS e autor da coleção de livros “Mude seu Cérebro”, nestes livros alega que o simples exame de Spect associado a prática das análises de saliências da frenologia¹¹, dentre outros era capaz de diagnosticar qualquer doença mental. Muito embora suas condutas fossem bem-intencionadas, seus tratamentos poderiam ser encarados verdadeiras fraudes.

A psiquiatria que aos poucos ganhava credibilidade, com tais tratamentos chegava a ser questionada como ciência. Diante disso, havia necessidade de pesquisas sérias para descobrir as causas das doenças mentais e medicamentos para seu tratamento. Para um melhor estudo, diagnóstico e tratamento, as doenças devem ser catalogadas de forma que se tenha a delimitação dos sintomas de cada uma. Até o ano de 1940 era utilizado pelos psiquiatras o Compêndio de Psiquiatria escrito pelo médico alemão Emil Kraepelin (1856-1926), em 1883, o qual descrevia a psicose em 3 categorias.

Com o advento da Segunda Guerra Mundial houve a necessidade de uma melhor reestruturação no catálogo das doenças mentais, em virtude das inúmeras rejeições, nas inspeções de saúde promovidas nos futuros recrutas. Ocorre que tais avaliações eram promovidas por médicos militares e não por psiquiatras, ocasionando uma maior rejeição dos recrutas por critérios de saúde mental. Diante deste problema o Exército Americano formou, em 1941, um comitê chefiado por William C. Menninger (1899-1966), médico psiquiatra e ex-

¹⁰ SPECT Cerebral - O SPECT de perfusão cerebral tem como objetivo avaliar a perfusão sanguínea no parênquima cerebral e cerebelar com o propósito de diagnosticar patologias como demências, epilepsias, doenças cerebrovasculares. (fonte: https://sbmn.org.br/wp-content/uploads/2019/11/0_Guideline-SPECT-cerebral_FINAL.pdf)

¹¹ Frenologia – É a ciência que analisa características do ser humano através das imperfeições dos crânios humanos.

presidente da APA, com a finalidade da criação de um novo conjunto de diagnósticos em que se pudesse definir se determinado candidato estava apto ou não mentalmente, para servir ao país no teatro de guerra. Segundo Liberman, et al. (2019, pág. 96) houve um consenso nessa reunião e por consequência foi criado o Boletim Técnico do Departamento de Guerra com 28 páginas, conhecido como o *Medical 203*. Tal documento continha a classificação de sessenta transtornos mentais e foi o primeiro a classificar todas as formas de doenças mentais até então conhecidas, bem como os transtornos graves que levavam a internação. Entrou em vigor imediatamente e norteava as avaliações dos médicos militares. Mesmo tendo sido criado para seleção nas Forças Armadas, tal boletim foi amplamente utilizado pelos psiquiatras civis, porém era necessário a criação de um documento que reunisse todas as doenças e não somente as incapacitantes para o combate no teatro de guerra.

Havia a necessidade de criação de um manual a ser utilizado pelos psiquiatras e não somente para inspeção dos militares a serem selecionados para as Forças Armadas americanas. Diante desta necessidade, tendo como base o *Medical 203*, foi criado pela APA em 1952, o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*) conhecido com DSM-I, o qual relacionava 106 transtornos mentais. Tal documento, nas palavras de Lieberman, et al. (2019, pág. 97), tinha dependência excessiva dos conceitos psicanalíticos denominados reações e não como transtornos defendidos pelos médicos alienistas. Foi um primeiro passo para a unificação e padronização da medicina psiquiátrica, porém mesmo que ainda sem prova científica ou empírica. Como havia pouca base científica, a psiquiatria ainda era encarada como “charlatanismo”, prova disso são as bases de seu primeiro Manual.

Diante da falta de provas científicas, ocorreu nos EUA o surgimento de um grupo discordante da existência da psiquiatria, denominado de Movimento Antipsiquiatria promovido por alguns psiquiatras, sociólogos e advogados, acarretando uma grave crise existencial na psiquiatria. Tal movimento foi capitaneado pelo psiquiatra húngaro Thomas Szasz (1920-2012) que pertencia ao corpo docente da Universidade Estadual de Nova York em Siracusa (SUNY), com a publicação, em 1961, do livro *The Myth of Mental Illness* (O mito da doença mental), publicado até hoje. Nele o psiquiatra argumentava que as doenças

mentais não eram realidades médicas como a diabetes ou hipertensão, as quais possuem sintomas físicos, mas eram ficções inventadas por psiquiatras e sua pseudociência. A intenção de Szasz, além de abalar as bases da psiquiatria, era a de acabar com todos os hospitais psiquiátricos, pois considerava a internação psiquiátrica uma verdadeira escravidão. Visando evitar o tratamento dispensado ao doente mental, o qual considerava inadequado, fundou em 1969 em conjunto com a Igreja de Cientologia a Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos (Citizens Commission on Human Rights Internacional - CCHR) cuja finalidade precípua era a de se evitar os abusos aos direitos constitucionais, civis e humanos dos pacientes psiquiátricos. Nesse sentido, descreve a CCHR:

(...) A CCHR funciona apenas como um vigilante da saúde mental, trabalhando lado a lado com muitos profissionais de saúde, incluindo médicos, cientistas, enfermeiras e os poucos psiquiatras que tenham assumido uma posição contra o modelo de “doença” biológico/droga que está continuamente a ser promovido pela indústria psiquiátrica/farmacêutica como forma de vender drogas. É uma organização apolítica, não-religiosa e sem fins lucrativos, dedicada exclusivamente à erradicação do abuso da saúde e à legalização de proteção do paciente e consumidores. O Conselho de Consultores da CCHR, chamados Comissários, inclui médicos, cientistas, psicólogos, advogados, legisladores, educadores, homens de negócios, artistas e representantes dos direitos civis e humanos. (<https://www.cchr.pt/about-us/what-is-cchr.html>, 2022)

Suas ideias serviram de inspiração para o sociólogo americano Erving Goffman (1922-1982) que publicou, também em 1961, o livro *Asylums* (Manicômios), nele Goffman denunciava as péssimas condições e superlotação das instituições psiquiátricas americanas da época e defendendo a inexistência da doença mental.

No continente europeu surgiu outro personagem antipsiquiatria, o psiquiatra escocês Ronald David Laing (1927-1989), muito embora Laing acreditasse na existência da patologia mental, não acreditava no seu tratamento. Tal movimento logo uniu forças com o ativismo social dos “Panteras Negras”, “Frente Negra” e outras frentes, devido ao desprezo delas pelas convenções e autoridade americanas, advindas da Guerra do Vietnã.

Todos os anos, os encontros da APA são acompanhados por buzinas e piquetes demonstrando que o movimento ainda existe. Apesar de haver um fundo de verdade nas alegações quanto aos diagnósticos, já que predominava a psicanálise no tratamento dispensado, os argumentos apresentados se baseavam em dados falsos ou excessivos e seus apoiadores eram radicais

políticos. Os conceitos Laing acabaram por ruir, quando o psiquiatra e pesquisador da esquizofrenia Edwin Fuller Torrey (1937-) alegou que a filha de Laing sofria de esquizofrenia, conforme relata Lieberman: “O Dr. Fuller, eminente pesquisador da esquizofrenia e principal porta voz oficial das doenças mentais, disse-me:

As convicções de Laing acabaram sendo postas a prova quando sua própria filha desenvolveu esquizofrenia. Depois disso, ele ficou desiludido com suas teorias. As pessoas que o conheceram me disseram que ele se tornou um sujeito que cobra para dar palestras sobre teorias em que não mais acredita. Ele deixou muito claro que sabia que a esquizofrenia tinha as características de uma verdadeira doença do cérebro, mas que jamais diria isso em público. (Jeffrey A. Lieberman, ano 2016, pág. 107)

O golpe definitivo e duradouro contra a psiquiatria veio de profissionais de outras áreas da ciência, como psicólogos, assistentes sociais, conselheiros pastorais, praticantes da igreja Nova Era e outros terapeutas, os quais defendiam que a patologia mental não era uma doença, sendo um problema de cunho social, reforçando de que eles próprios eram benfeitores dos doentes mentais e promoviam o afastamento dos doentes dos hospitais e consultórios de psiquiatria.

Foi no curso do movimento antipsiquiatria que foi criado o DSM-II, publicado em 1968, o qual possuía a catalogação de 182 patologias mentais e continha 134 páginas, tendo como presidente do grupo de criação o Dr. Ernest M. Gruenberg (1915-1991) e do jovem residente de psiquiatria Dr. Robert Leopold Spitzer (1932-2015). Ressalte-se que neste compêndio a Homossexualidade foi elevada a desvio sexual, catalogada no diagnóstico 302.0 e não mais como diagnóstico de transtorno de personalidade sociopática, conforme disposto no DSM-I, porém os movimentos de defesa de direitos dos gays se manifestavam contra tal diagnóstico, pois ainda de certa forma era encarado como doença. Diante desse impasse Spitzer se reuniu com demais membros do conselho do DSM-II e alterou o Homossexualismo de desvio sexual, para Sofrimento Subjetivo e em 15 de dezembro de 1973 tal alteração foi aprovada pela APA. Permaneceu assim até o ano de 1983, quando o homossexualismo, como doença, foi retirado do DSM. Apesar da sociedade americana ter sido morosa em manter o homossexualismo no DSM, a Organização Mundial de Saúde, por meio do Código Internacional de Saúde

(CID), somente eliminou o transtorno de homossexualidade no ano de 1990, no entanto até hoje o registra como distúrbio de orientação sexual no CID-11, F-64.

Ciente dessa revolução antipsiquiatria e interessados neste movimento os governos estaduais chegaram a apoiá-los visando a economia de recursos públicos, pois os gastos eram elevados com a manutenção de hospitais públicos destinados aos portadores de transtornos mentais, portanto a desinstitucionalização era o ideal, a fim de se obter corte nos gastos na saúde mental.

As companhias de seguros de saúde também apoiavam tal movimento, pois não sendo consideradas condições médicas, tais tratamentos não deveriam ser reembolsados, havendo redução nas coberturas. Em lado oposto e vulnerável estavam os pacientes que na maioria dos casos eram sem tetos ou idosos, os quais sem condições de sobreviver e pagar pelos planos, acabavam por ir morar nas ruas.

Na década de 70, a psiquiatria estava à beira da extinção nos EUA e caberia aos psiquiatras realizar uma contrarreforma na especialidade, em especial contra a prevalência dos conceitos provenientes da psicanálise, a fim de garantir a sua sustentação como ciência, o que ocorreu em fevereiro de 1973, em reunião do Conselho de Curadores da APA. A solução encontrada, seria uma mudança radical no DSM deixando de lado os conceitos advindos da psicanálise (Teoria Freudiana), os quais se baseavam em descrições genéricas e adotar um manual com os conceitos dos advindos da experiência dos psiquiatras alienistas com bases mais concretas, conforme define Lieberman, et al. (2019, pág. 128). No final dessa reunião foi aprovada a criação da força tarefa para edição do DSM-III, cabendo a presidência a cargo do Dr. Robert Spitzer. Ciente de tal revolução, Spitzer queria mudar o jeito de como se fixavam os diagnósticos e ao invés de tradição ou dogmas da psicanálise, o diagnóstico seria substituído pela observação e acúmulo de dados, sendo o local ideal para tal tarefa os diversos manicômios existentes, os quais predominavam o conceito alienista de tratamento.

Em 1973, Spitzer se aproveitou do organicismo¹² de Kraepelin para endossar a nova forma de diagnosticar, pois ao invés de se apoiar em descrições

¹² Teoria segundo a qual as doenças são resultadas de lesões em algum órgão. (<https://www.dicio.com.br/organicismo>).

genéricas, a psiquiatria deveria abordar os sintomas específicos da doença mental em dados objetivos. Assim, começou a desmoronar as bases dos psicanalistas que norteavam o DSM-I e o II, em especial ao conceito de neurose que foi substituído por transtorno. Nesse universo, vários diagnósticos foram criados já com a designação de transtornos, cabendo descrever o transtorno do déficit de atenção, o autismo, a anorexia nervosa, a bulimia, o transtorno do pânico e o transtorno de estresse pós-traumático.

Uma das molas propulsoras desse avanço foi o fator não científico da psicanálise, pois havia a necessidade de novos critérios diagnósticos com vistas a assegurar que as companhias de seguros pagassem pelos tratamentos, Spitzer sabia que a continuação do movimento antipsiquiatria garantia que as seguradoras não reembolsassem o tratamento das doenças psiquiátricas, sendo necessário o combate a esta prática. Os critérios adotados revolucionaram a psiquiatria, pois se basearam em critérios científicos da pesquisa, abandonando o campo teórico dos psicanalistas, o qual era campo fértil para o movimento antipsiquiatria. Foi nesse ambiente que surgia na APA uma guerra interna contra as bases do DSM-III, pois a maioria de seus diretores, membros - psiquiatras de consultórios particulares - e diretores de unidades mentais ainda eram dominados pela psicanálise e uma obra alienista atingiria em cheio os seus interesses. Apesar de todo o movimento interno contra a obra criada por Spitzer, por fim, foi posta em votação no ano de 1980, sendo aprovada por unanimidade, o que seria impossível, já que a maioria dos membros da APA era psicanalista. Tal manual continha 265 diagnósticos em 494 páginas e acabou por criar uma simbiose entre ele e as companhias de seguro, pois passou a influenciar todo o tratamento aplicado a doença mental nos EUA e as políticas de assistência mental acabaram por se atrelar a este manual.

Tantas evoluções na pesquisa e diagnóstico da doença mental ocorreram em tão pouco tempo, no entanto a terapia medicamentosa se encontrava estagnada. Até o ano de 1950 os pacientes eram atendidos e medicados com remédios à base de ópio, hidrato de cloral e brometo de sódio, as quais eram indutoras do sono e produziam efeitos relaxantes. Muito embora tais drogas atingissem tais desideratos, não atacavam os sintomas de cada doença mental

e possuíam efeitos colaterais gravíssimos como o coma, parada cardiorrespiratória, colapso cardiovascular e problemas no fígado.

Conforme afirma Lieberman, et al. (2019, pág. 169 a 180) na década de 50, o boom dos medicamentos psicotrópicos ocorreu, começando com o surgimento da primeira medicação sintética no tratamento da ansiedade chamada *meprobamato*, como tinha efeito calmante recebeu o nome de tranquilizante, dando origem ao primeiro grupo de psicofármacos. No ano de 1956 cerca de 36 milhões de receitas foram emitidas, destas em cada três receitas uma era de meprobamato. Acabou por ser utilizada amplamente nas psicoses, recebendo o apelido de "*Mother's Little Helper*" pelos Rollings Stones. No ano de 1960 o *meprobamato* foi suplantado pelos benzodiazepínicos *Librium* e *Valium* como nova geração de tranquilizantes. Essas drogas tiveram origem na terapia do sono profundo.

Na mesma década, após estudos do médico francês Henri Laborit (1914-1995) descobriu-se que a *clorpromazina*¹³, antes utilizada para diminuição do sistema circulatório e nos batimentos cardíacos, poderia também ser utilizada como antipsicótico. Em 1951 Laborit aplicou tal medicamento em um paciente obtendo melhoras, bem como em 1952 em um paciente internado de 24 anos extremamente agitado e violento, obtendo melhora no quadro e posterior alta em três semanas. A diferença entre a *clorpromazina* e os demais medicamentos sedativos e tranquilizantes era que agia no controle direto dos sintomas psicóticos (alucinações e delírios). Virou a droga revolucionária da psiquiatria, pois os psicóticos eram os pacientes que lotavam as internações hospitalares. Com a introdução deste fármaco surgia mais uma classe de psicotrópicos, os antipsicóticos.

Em 1958 a Geigy¹⁴ lança a *imipramina*¹⁵ para combater a depressão, foi classificada como antidepressivo tricíclico e assim surgia mais uma classe de drogas a dos antidepressivos. O impacto no tratamento dos doentes mentais foi grande, pois as duas principais categorias de doenças que mais internavam

¹³ Clorpromazina - É um fármaco antipsicótico clássico ou típico, sendo protótipo no tratamento de pacientes esquizofrênicos.

¹⁴ Geigy – Indústria farmacêutica criada em 1930, tendo seu nome alterado devido à uma fusão entre a Ciba AG, para Ciba-Geigy AG em 1970.

¹⁵ Imipramina - É um fármaco antidepressivo usado para tratar depressão, possui nome comercial de Tofranil.

como a esquizofrenia e a depressão foram reclassificadas de doenças intratáveis para tratáveis e controláveis. A única doença que ficou de fora da revolução farmacológica no período foi o transtorno maníaco-depressivo, pois ainda não havia uma droga para tal doença. Quando em 1970, após estudos promovidos pelo psiquiatra australiano John Cade (1912-1980) e experimentos em animais e em pacientes internados, foi aprovado o carbonato de lítio como medicamento para estabilização do humor. Até hoje é utilizado no tratamento do Transtorno Bipolar como medicamento eficaz desta doença.

Com a evolução dos diagnósticos do DSM-III e a evolução das medicações a psiquiatria encontrava as bases como ciência médica e firmando sua importância na medicina.

Diante da evolução da psiquiatria surgia ainda mais a necessidade de exames acurados, para ajudar no diagnóstico e tratamento do doente mental. No ano de 1970 a EMI (produtora de discos) tinha uma divisão de tecnologia eletrônica a *Electric and Musical Industries* (Indústrias Elétricas e Musicais). Diante dos lucros astronômicos advindos dos Beatles, a empresa investiu num projeto de combinação de Raios X tomados por diversos ângulos criando imagens tridimensionais, sem ser invasivo ou trazendo desconforto. Surgia aí a Tomografia Axial Computadorizada (TC). O primeiro trabalho realizado com a TC em psiquiatria foi desenvolvido pelo psiquiatra britânico Eve Johnson que descobriu as primeiras anomalias associadas a três doenças mentais, dentre elas a esquizofrenia. Em 1975 surgia a Ressonância Magnética, no entanto a sua primeira utilização no cérebro ocorrera em 1983, sua descrição era muito mais detalhada do que a TC que no final do ano de 1980, acabou por substituí-la na avaliação e diagnóstico. Já nos encontramos neste século na pesquisa genômica da doença psiquiátrica.

Com as posteriores edições do DSM-IV. no ano de 1994, contendo 297 transtornos e no DSM-V; no ano de 2013, o qual reduziu os diagnósticos para 265, fechou-se o ciclo de debates sobre o diagnóstico. Hoje nos encontramos na era digital, a psiquiatria também se adequou a este período, inclusive com a adoção da tele consulta e a criação de aplicativos, como por exemplo, o inventado pelo Dr. David Kimhy, diretor do laboratório de Psicopatologia Experimental da Universidade Columbia, no qual os esquizofrênicos o utilizam quando se encontram em situação de crise. Pelo celular os pacientes acessam

o aplicativo e informam seus sintomas, como descrito por Liebermam, et al. (pág. 298):

"- Tela 1: Você está ouvindo vozes agora? (sim) ou (não);

- Tela 2: Qual a altura da voz? (escala de 1 a 100);

- Tela 3: O que você gostaria de fazer?

Exercícios de relaxamento

Atividades prazerosas

Explorar as causas

Nada; e

- Tela 4: Exercícios de relaxamento (execute na tela o exercício guiado de respiração por 45 segundos).".

No século passado e parte deste século o tratamento e o diagnóstico da doença mental tiveram um grande salto. Os próximos desafios se encontram no campo da genética diagnóstica e no tratamento genético da doença; verificar antes do aparecimento dos sintomas e curá-la, pois não há cura disponível até o momento. Este é o novo desafio da psiquiatria moderna.

1.3 A Evolução no Brasil

Enquanto no final do século XVIII ocorria a primeira revolução da psiquiatria com Pinel e Tuke contra o internamento e sua política segregadora, no Brasil, apenas no ano de 1830, um grupo de médicos higienistas, criadores da Sociedade Brasileira de Medicina do Rio de Janeiro, requeria que se construísse um hospital para os doentes mentais. Apoiaram seu pedido nas publicações médicas da época, como o Semanário de Saúde Pública de 1831-1833, o Diário de Saúde de 1835-1836 e a Revista Médica Fluminense de 1835 a 1841, objetivando a criação de um asilo, para os considerados loucos.

Conforme descreve Costa (2006, pág. 33) até a segunda metade do século XIX não existiam quaisquer políticas de saúde pública vigentes aplicadas aos doentes mentais. Tais doentes perambulavam pelas ruas ou quando detidos eram encarcerados em celas por vadiagem ou manutenção da ordem pública ou ainda, poderiam ser levados para os hospitais gerais da Santa Casa da Misericórdia. Tais hospitais padeciam de condições salubres e lá também se praticava o regime do internamento. Por este motivo, publicações periódicas

foram usadas para expor a realidade do abandono dos alienados nas ruas e criticar o tratamento dispensado pela Santa Casa de Misericórdia que ainda aplicava a prática do internamento baseada em castigos corporais e correntes em ambientes insalubres. A intenção de alguns médicos com tais publicações era a de garantir uma melhor condição no tratamento dispensado aos alienados.

Diante do movimento relatado no parágrafo anterior, em 1841, Dom Pedro II assinou um decreto de fundação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil denominado Hospício Dom Pedro II, o qual foi inaugurado em 1852 na sede do governo no Rio de Janeiro. A partir de sua criação todos os doentes foram reunidos nessa instituição que inicialmente permaneceu sob a direção de religiosos da Santa Casa de Misericórdia até o ano de 1881, quando, então, foi criada a cadeira de Medicina de Doenças Nervosas e Mentais e a direção hospitalar confiada a um médico generalista o Dr. Nuno de Andrade (1851-1922). Ressalte-se que apenas em 1886, após a substituição de Andrade, assumiu a direção no hospício um médico psiquiatra o Dr. Teixeira Brandão (1854-1921), e, é neste mesmo ano que se institui o ensino da psiquiatria no currículo dos médicos generalistas que lá estudaram, pois até este ano não existia a especialidade de psiquiatria no currículo.

No ano de 1890, com o advento da República o Hospital perde sua denominação anterior e passa a se chamar Hospital Nacional dos Alienados e a administração passa a ser exercida pelo Estado. Com a crise financeira no governo de Campos Sales, no ano de 1899, houve a redução nos repasses ao hospital e por isso o atendimento começou a se degradar. Diante dessa situação em que se encontrava o hospital, em 1902 instaurou-se um inquérito, a fim de investigar as condições higiênicas e de tratamento na instituição nacional, chegando à conclusão de que ali não havia tratamento e nem fiscalização e que a instituição era apenas uma casa de detenção aos loucos. Diante de tal situação, o presidente Rodrigues Alves decide reformular a assistência hospitalar psiquiátrica nomeando como novo diretor o Dr. Juliano Moreira (1873-1933), psiquiatra de formação.

A psiquiatria ganha visualização quando Moreira ajuda a criar a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados¹⁶, o Decreto nº 1.132, de 22 de

¹⁶ Alienados – conceito antigo e estigmatizante dado àqueles que são acometidos de alguma doença mental.

dezembro de 1903, o qual estabelecia procedimentos para internação; tratamento; proibição expressa do encarceramento dos doentes mentais nas cadeias e previa que a direção das unidades de saúde psiquiátricas deveria estar a cargo de psiquiatras.

Ainda em 1903 fora criado o modelo hospitalar chamado colônia, embora este modelo de tratamento centrasse na humanização, terapia e estímulo ao trabalho no campo, tais hospitais eram locais de acúmulo de doentes, onde iam pessoas sãs, rejeitadas pela sociedade e doentes mentais para serem isoladas do convívio com o mundo, pois tais pessoas eram consideradas indesejáveis pela sociedade da época. Não se dispensava qualquer tipo de tratamento digno, conforto ou higiene, não havia vestimentas disponíveis a todos para se protegerem do frio ou água potável para consumo. Os doentes viviam uns em cima dos outros para se aquecerem. Diante dessas condutas, apenas na colônia em Barbacena cerca de 60 mil pacientes morreram, alguns, destes vários anônimos, tiveram seus corpos vendidos como objeto de estudos a universidades. A Colônia de Barbacena poderia ser considerada um verdadeiro campo de concentração/extermínio devido a quantidade de mortes ocorridas lá. (Arbex, 2019, pág. 25 a 28)

No ano de 1905 foram criados os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins e, no ano de 1907, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.

No ano de 1912 a psiquiatria passou a ser classificada como especialidade médica autônoma. Entre 1912 e 1920 houve um aumento na criação de instituições hospitalares destinadas aos doentes mentais. Nesse período ocorreu a criação da Colônia Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário. As colônias inauguradas têm por inspiração e modelo nas casas de campo de Tuke, onde os pacientes podiam aproveitar o espaço e ar puro para tratar-se, porém com o aumento das internações viraram verdadeiros depósitos humanos.

No ano de 1927, durante o governo de Washington Luís, houve a criação do Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal encarregado de administrar todos os estabelecimentos de saúde psiquiátrica do estado do Rio de Janeiro. No ano de 1930 esta instituição passa a integrar o Ministério da Educação e Saúde conforme pensamento centralizador do regime político

assumido no pós-revolução de 1930. Assim, o ministério assumiu não somente as instituições do RJ, mas as de todo o país.

Em 1934 ocorreu a promulgação da segunda Lei de Assistência aos Doentes Mentais, a qual além das condutas previstas na lei anterior, estabelecia a profilaxia mental. Passou-se cerca de um século, desde o início do movimento e a promulgação da segunda lei de assistência que trouxe a profilaxia como meio de prevenção.

1.3.1 A criação da Liga Brasileira de Higiene Mental: a primeira instituição em relação à doença mental no Brasil

Toda essa ebulição de movimentos em prol da psiquiatria preparou o terreno fértil para a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada em 1923 e dirigida pelo psiquiatra Gustavo Kohler Riedel (1887-1934), tinha por objetivo melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação do pessoal de assistência médica e dos nosocômios psiquiátricos. Na época, foi criada como uma sociedade civil com subvenção federal, ajuda filantrópica e posteriormente com anúncios publicados nos Arquivos Brasileiros de Medicina.

Desde a sua fundação até 1925, a LBHM seguiu os ideais estabelecidos por Riedel em seu Estatuto. Todavia, a partir de 1926 o panorama havia mudado, pois os psiquiatras brasileiros começaram a elaborar projetos e políticas assistenciais dissonantes das que eram previstas no Estatuto, como o eugenismo, e, os objetivos iniciais propostos por Riedel foram abandonados. É neste ano que os psiquiatras assumem concepções na prevenção da doença mental, nos moldes da prevenção da medicina orgânica de Kraepelin. Nesse ambiente, a ação terapêutica se daria no período anterior ao desenvolvimento da doença de forma preventiva, ou seja, no indivíduo são, enquanto o paciente doente era negligenciado. Neste contexto, afirma Costa (2006, pág.41) que o mais importante para a LBHM era a prevenção da doença mental e não a busca de sua cura. Visando a busca de tal ideal a LBHM, em 1928, reformulou os primeiros Estatutos criados por Riedel e passou a dar lugar a intervenção preventiva nas escolas, trabalho e, por fim, social até que se distanciou de tal maneira da medicina psiquiátrica e adentrou ao domínio cultural e social. Entre 1928 e 1934 houve a substituição do termo médico psiquiatra pela denominação

de médico higienista. Esse distanciamento se justificava, pois, a LBHM queria se apoiar na construção de uma nova política: a eugenia¹⁷, cujo conceito havia sido criado pelo fisiologista inglês Francis Galton (1822-1911). No primeiro editorial do Arquivo Brasileiro de Higiene Mental a eugenia era afirmada como objetivo principal a alcançar, e em 1934 considerado principal objetivo da LBHM que norteava suas políticas.

A eugenia chegava em um momento oportuno em virtude da fase em que o país atravessava. O presidente Getúlio Vargas simpatizava com as políticas étnicas empreendidas por Adolf Hitler, no Terceiro Reich da Alemanha nazista (raça ariana), bem como havia no país movimentos contrários a imigração europeia, a migração camponesa, dentre outras migrações. Com a evolução da eugenia, associada a ideologia no embranquecimento racial, surgiu a noção de higiene psíquica individual e pureza racial que corresponderia a higiene social da raça. Neste momento a eugenia era aplicada como prevenção à doença mental, com vistas a evitar a herança genética de seus predecessores. Em um primeiro período não era levado em consideração a condição racial do paciente, apenas se estava doente ou não, pois a intenção era apenas preservar as gerações futuras. Porém para os psiquiatras partidários da ideia de higiene social a desconsideração da condição racial era inaceitável, pois atributos psíquicos de não brancos, negros, amarelos ou mestiços eram considerados patológicos pelos higienistas sociais e, portanto, deveriam integrar a prevenção, sendo o único remédio. Tais conceitos encontraram guarida nas ideias do psiquiatra Ernst Rudin (1874-1952), discípulo de Kraepelin e representante de uma conceituada clínica psiquiátrica de Munique, o qual assim afirmou no Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental, conforme descreve Costa:

(...) higiene mental, em sua aplicação prática, não deve exercer-se somente no terreno da psiquiatria, senão em todos os domínios da vida social. (Costa, Jurandir Freire, 2006).

A eugenia de Rudin não deveria representar somente princípios psiquiátricos aplicados a higiene mental, mas princípios teóricos aplicados a toda psiquiatria, ou seja, conforme citado por Costa (2006, pág. 56) antes do médico ser psiquiatra deveria ser eugênico por natureza e sua preocupação não deveria

¹⁷ Eugenia – É um movimento de cunho social e científico que tem como finalidade o melhoramento da raça humana, a partir da seleção dos genitores, pautado na genética e hereditariedade.

estar centrada na saúde de seu assistido, mas tão somente relacionada a sua raça. Era a justificativa que necessitavam para endossar a ideia de higiene social.

A prática adotada para dar concretude a eugenia seria a esterilização dos doentes mentais, porém conforme descrito por Costa (2006, pág. 63) tal prática encontrava entraves junto a Igreja Católica, ainda muito poderosa no Brasil. Apesar de não admitir a esterilização, pois negava o direito a limitação ao nascimento, a Igreja Católica admitia casamentos entre os doentes mentais tendo preocupação apenas com a incapacidade de procriar e não com a qualidade da prole.

Em um artigo publicado no Arquivo Brasileiro de Higiene Mental, de 1931¹⁸, chamado "Como evitar as proles degeneradas" do Neuropsiquiatra Alberto Farani (1883-1937) se retratou o embate da adoção da esterilização e os princípios da Igreja. Não houve registro da adoção da esterilização dos doentes como prática nos hospitais, tendo sido vencedor o posicionamento contrário da Igreja Católica, muito embora na Alemanha tal método fora usado largamente, a fim de se chegar à "raça ariana".

A intenção dos eugenistas era criar no Brasil sistemas aplicados na Alemanha como os Tribunais de Eugenia, a reforma eugênica dos salários, o seguro paternidade eugênico, três sistemas jurídicos criados por Hitler capazes de assegurar o povoamento por famílias cuja genética fosse digna a se multiplicar. As semelhanças entre os pensamentos dos psiquiatras brasileiros e os alemães eram imensas e os programas teóricos da LBHM eram idênticos as teorias nazistas.

As medidas propostas pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) encontravam adesão da maioria dos psiquiatras brasileiros, porém esbarravam tanto nos dogmas da Igreja Católica, quanto no direito dos indivíduos a sua integridade. Por isso buscavam denegrir a imagem dos cidadãos considerados indesejáveis, indo de encontro com os ideais democrático liberais. Os psiquiatras eugenistas ignoravam tais liberdades individuais dos doentes, a fim de promover práticas segregacionistas, pois consideravam os doentes mentais como animais.

¹⁸ Ano 4 Número 3 - Junho-Outubro 1931, disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>

Conforme Costa (2006, pág. 85, 87 e 89) em 1934 a LBHM em busca de sua medida higienista, chegou a se tornar um órgão policial na fiscalização dos bons costumes, fugindo de seu ideal que era a busca da saúde. Atuava junto do chefe de polícia local no combate ao abuso de bebidas. O alcoolismo chegou a entrar para a política eugênica, pois era considerado degenerativo do caráter humano devendo ser combatido. As campanhas de combate ao alcoolismo promovidas pela Liga eram as últimas instâncias moralizadoras, a fim de acabar com o vício e devassidão que acreditava existirem no país. Portanto existia na LBHM uma ideologia moralizadora para correção dos hábitos sociais e saneamento moral dos cidadãos.

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) foi a primeira tentativa de estabelecer o tratamento e sistematizar os cuidados aos doentes mentais no país, conforme se pode verificar com a administração de Gustavo Riedel e seus primeiros estatutos. No entanto, conforme aumento dos movimentos de aversão aos imigrantes e a migração interna, associados com a política de aproximação brasileira com a Alemanha nazista, sua política foi alterada com a adoção do higienismo e eugenismo no Brasil e por consequência a adoção de políticas eugenistas na prevenção da doença mental. A única política da LBHM que não prosperou foi a esterilização, pois encontrava entraves junto com a fé cristã.

1.3.2 A Trajetória da Saúde Mental pós Liga Brasileira de Higiene Mental

Com a implantação do Estado Novo o presidente Getúlio Vargas deixou de se alinhar as ideias nazifascistas, inclusive tornando-as ilegais em seu governo. No início da década de 40 os ideais da LBHM perderam seu valor, neste período a guerra está grassando no continente europeu e no mundo. Até o ano de 1941, o Brasil se manteve neutro, quando em 1942 se alinhou a política dos EUA na guerra.

No ano de 1941 surgiu o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), órgão de composição do Departamento Nacional de Saúde subordinado ao Ministério da Educação e Saúde conforme Decreto Lei nº 3171/41, cuja abrangência seria nacional e teria o encargo na expansão da assistência psiquiátrica em todo território. Apenas no ano de 1943 teve seu regimento aprovado pelo Decreto nº 17.178/43. Suas finalidades eram as seguintes:

1. Supervisionar as atividades dos órgãos oficiais na assistência aos psicopatas¹⁹, no Distrito Federal;
2. planejar as políticas médicas de assistência e proteção aos psicopatas orientando e fiscalizando todas as instituições e suas atividades;
3. opinar sobre serviços de assistência e proteção pública ou privada aos psicopatas e rever seus respectivos códigos, regulamentos e regimentos;
4. manter o cadastro das instituições privadas ou públicas de assistência e proteção aos psicopatas e registro atualizado de suas atividades;
5. incentivar o desenvolvimento das atividades de higiene mental;
6. fazer estudos e investigações da etiopatogenia, profilaxia e no tratamento das doenças mentais; e
7. facilitar e organizar o ensino da psiquiatria e higiene mental em suas dependências, dentre outras.

Com a criação e regulação da SNDM houve uma quebra do paradigma anterior no tratamento aos doentes mentais. Tal Serviço procurou sistematizar a patologia mental como doença e a psiquiatria como disciplina médica, retornando ao período anterior as políticas higienista da LBHM. Cabe ressaltar que quando o Regulamento da SNDM dispunha em seu art. 1, VI, sobre a profilaxia, não a tratava com um enfoque eugenista e sim médico em suas finalidades. O Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) funcionou até os anos 70 como órgão integrante do Ministério da Educação e Saúde, quando houve uma reforma ministerial passando a ser órgão integrante da Secretaria de Assistência Médica subordinada ao Ministério da Saúde, conforme Decreto nº 66.623/70. As suas finalidades foram diminuídas para as seguintes:

1. Planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de assistência e reabilitação de psicopatas, assim como os serviços de higiene mental;
2. assistir supletivamente a outros órgãos públicos e entidades privadas na prestação de Serviços de proteção e recuperação da saúde mental; e
3. estabelecer normas e padrões para os serviços que são objetos de sua competência.

Em 19 de julho, de 1973, foi aprovado pela Secretaria de Assistência Médica do Instituto Nacional de Previdência Social o Manual de Serviço para a

¹⁹ Termo atual dado a um tipo de doença mental (psicopatia), mas usado indistintamente a todo doente mental na década de 40 até o início dos anos 70.

Assistência Psiquiátrica com base em um trabalho apresentado pela Comissão Permanente de Assuntos Psiquiátricos da Guanabara. Este manual reformulou o tratamento dispensado aos doentes mentais, pois nele havia algumas das seguintes previsões, dentre as descritas no SNDM:

1. Tratamento ambulatorial destinado a evitar internações hospitalares e sempre que possível efetuado na comunidade do doente;
2. Caso seja necessária a internação que seja em período breve;
3. Evitar a política de macro internação, como nas colônias;
4. Visão do paciente no contexto familiar; e
5. O tratamento visa ao retorno do paciente a sua vida habitual.

No Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica foram cunhadas as primeiras ideias sobre desinternação hospitalar, as quais virão com força na próxima década e na seguinte quando surgiu o modelo de atendimento ambulatorial do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS).

De acordo com Leme, *et al.* (2021, pág.28) o primeiro modelo do CAPS surgiu, nos anos 80, na cidade de São Paulo com a criação do Centro de Atendimento Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, o qual se tornou um modelo para as demais cidades do país que o adotaram. Em 1992 tornou-se política de saúde mental adotada pelo Ministério da Saúde, na Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.

No ano de 2001, em 06 de abril, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei 10.216, a qual aprovou a nova política nacional de saúde mental, na qual prospera o regime de desinstitucionalização da internação psiquiátrica, como meio de controle social. Diante desta política foi adotada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, assim dividida:

1. CAPS – já era uma política adotada com sucesso nas décadas de 80 e 90 e permaneceu na política;
2. Serviços de Residências Terapêuticas;
3. Centros de Convivência e Cultura;
4. Unidades de Acolhimento;
5. Leitos de atenção integral em Hospitais Gerais;
6. Comunidades Terapêuticas; e
7. Hospital Dia.

A política estabelecida pela lei, bem como a RAPS determinam a internação como último método terapêutico e para garantir tal desiderato a lei prevê o controle da internação involuntária pelo Ministério Público, com a finalidade de serem evitados abusos, por meio de internações sem conteúdo terapêutico.

Após a evolução vivida no campo da saúde mental, desde o tempo da política de internamento do século XVI até o advento do ideário da política de saúde da desinternação hospitalar dos anos 70, a criação do CAPS nos anos 80 e 90, a edição da Lei 10.216/01 e por fim chegando a instituição da RAPS, estamos vivenciando atualmente uma verdadeira contrarreforma²⁰ na saúde mental, com o retorno da possibilidade da internação e uso da Eletrochoque-convulsoterapia (ECT), quando a Nota Técnica 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 04 de fevereiro de 2019, do Ministério da Saúde, acrescentou como política a RAPS, a previsão do financiamento de vagas em hospital psiquiátrico e a adoção da ECT como tratamento efetivo, inclusive com financiamento na compra destes aparelhos para sua aplicação, já que tais aparelhos passam a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais, do Fundo Nacional de Saúde.

Apesar da referida norma optar como política de saúde mental o modelo de desinternação como forma de tratamento primordial e estabelecer a internação como última medida terapêutica, quando as outras se mostrarem insuficientes, o que pode ocorrer com tais práticas é o retorno das internações de longa permanência e utilização em larga escala da ECT levando ao fracasso da evolução da saúde mental conquistada.

²⁰ Termo cunhado por Ianni Regia Scarcelli (professora associada do Instituto de Psicologia da USP), no site: <https://jornal.usp.br/artigos/a-contrarreforma-na-politica-de-saude-mental-o-que-temos-a-ver-com-isso/>

2. Os Direitos dos Pacientes com Transtornos Mentais na Legislação Penal e nas Reformas Psiquiátricas Brasileiras

Ao analisarmos a evolução legislativa no acesso a saúde pelos acometidos por transtornos mentais, se pode notar o descompasso entre a realidade enfrentada por esses pacientes e o processo legislativo criado para amparar o direito a saúde deles, como já devidamente exposto na evolução histórica no conceito e tratamento dos transtornos mentais. Tal descompasso está atrelado também a evolução histórica da humanidade e pelos conceitos e ideias vigentes em cada período histórico experimentado. Este capítulo propõe analisar toda essa evolução legislativa nacional associada ao Direito Comparado, o qual deve ressaltar teve muita influência na condução da atual reforma na saúde mental em nosso país e, também, promover uma reflexão para se evitar o retrocesso dos direitos já conquistados pelos acometidos por transtornos mentais.

2.1 Reflexos do Direito Penal na Doença Mental

Antes de se adentrar aos instrumentos legislativos que propunham reformas no atendimento as pessoas com transtornos mentais, se deve ressaltar as legislações penais, as quais traziam e trazem o conceito de inimputabilidade, respectivas sanções as condutas ditas desviantes a norma penal e seus reflexos na saúde no doente mental.

Como aponta Filho (2019, pág. 21) a primeira legislação penal a tratar a temática da loucura e da inimputabilidade ao acometido por doença mental que não pudesse exprimir sua razão é o Código Criminal do Império de 1830, logo em seu art. 10, § 2º²¹, porém nele também foi estabelecida exceção a inimputabilidade, daquele louco que estivesse lúcido no momento do cometimento da infração, neste caso sofreria a reprimenda penal. Já no art. 12²², do mesmo código, era disposto que o delinquente reconhecidamente louco seria

²¹ Art. 10. Também não se julgarão criminosos: ... §2º Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime;

²² Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente;

recolhido a casa destinada ao seu tratamento ou entregue a sua família. Conforme se nota tal legislação não prevê o encarceramento do doente na prisão junto aos demais presos. Como não havia hospital destinado ao tratamento do doente mental naquele momento histórico, apenas casas que se destinavam ao isolamento, os doentes ou eram mantidos nessas casas de tratamento ou entregues as suas famílias. Tal medida era determinada pelo juiz, sem, no entanto, ser ouvido um médico, portanto quem diagnosticava a doença mental era o magistrado sem critérios médicos. Somente com a inauguração do Hospital Pedro II, em 1852, destinado ao acometido de transtorno mental, houve tal rigor científico, sentido inclusive com a proclamação da segunda legislação penal.

A segunda legislação penal, denominada Código Penal da República, manteve a inimputabilidade penal àquele acometido por doença mental, porém com certo rigor científico, procurou estabelecer gradação aos transtornos mentais e punição a quem atentasse contra a incolumidade do doente mental, assim dispostas:

1. Art. 27: - §3²³, o qual estabelecia a deficiência mental nativa ou senilidade; e no - §4²⁴, estabelecia que os completamente privados dos sentidos e da inteligência no momento da ação criminosa, também seriam considerados inimputáveis. Tais pessoas não eram consideradas criminosas e sim doentes e, portanto, não haveria aplicação de pena, pois deveriam ser entregues aos seus familiares ou deveriam ser recolhidos aos hospitais de alienados; e
2. Ainda, tal legislação, no art. 378²⁵, previa como contravenção aplicada à família ou a instituição hospitalar que deixasse o louco vagar ou se evadir do local sob sua guarda, sem comunicar tal fato a autoridade pública. (FILHO, 2019, pág. 21 e 22)

Com as novas descobertas da psiquiatria a loucura passou a ser vista como doença e influenciou a produção legislativa. Com advento do Decreto nº 1.132/1903, em seu art. 10º, fora proibido expressamente o encarceramento de doentes mentais ao lado de criminosos nas cadeias públicas. Também no art.

²³ Art. 27. Não são criminosos: § 3º os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;

²⁴ Art. 27. Não são criminosos: §4º os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no acto de commetter o crime; e

²⁵ Art. 378: ... Deixar vagar loucos confiados á sua guarda, ou, quando evadidos de seu poder, não avisar a autoridade competente, para os fazer recolher ...

11, do referido Decreto, se estabeleceu a possibilidade de criação do manicômio judiciário como local para tratamento dos infratores das normas penais que possuíssem doença mental, o qual somente surgiu em 1920, no Rio de Janeiro, capital da República, com a denominação de Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Neste Decreto havia também a previsão de sanções àqueles que violassem os direitos dos doentes mentais, no art. 22²⁶.

A terceira legislação penal a tratar sobre a responsabilidade penal do acometido de transtorno mental foi o Código Penal, de 1940 (CP/1940), no art. 22²⁷, havia a prescrição da inimputabilidade nas hipóteses do caput, bem como previa a semi-imputabilidade nos casos previstos no parágrafo único. O CP/1940 elegeu o critério biopsicológico para determinar a inimputabilidade ou semi-imputabilidade do doente mental conforme influência da escola penal positivista do Psiquiatra Cesare Lombroso (1835-1909), do Criminologista Enrico Ferri (1856-1929) e do Jurista Raffaele Garófalo (1851-1934). Neste Código foi instaurada uma nova modalidade de sanção ao doente, a medida de segurança, baseada na periculosidade que era presumida de forma absoluta, sendo assim todos os doentes mentais eram considerados perigosos e deveriam ser mantidos internados. No mesmo sentido leciona Filho:

O Código Penal de 1940, influenciado pela Escola Positiva de Lombroso, Ferri e Garofalo, trouxe como grande novidade o ingresso das medidas de segurança no campo penal. A aplicação de uma medida de segurança pressupunha a prática anterior de fato previsto como crime e a periculosidade do agente (art. 76). A periculosidade era presumida, de forma absoluta, em relação àquele que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (art. 22, caput, c.c. art. 78, I), e também àquele que, por perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento (FILHO, pp. 24-25, 2019).

²⁶ Art. 22. As infracções desta lei serão punidas com as penas de prisão até oito dias e de multa de 500\$ a 1:000\$, além das mais em que, pelas leis anteriores, incorra o infractor. Paragrapho unico. Ao director reincidente será cassada a autorização para funcionar o estabelecimento.

²⁷ Art. 22. É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o carater criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o carater criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento

A medida de segurança no CP/1940 possuía natureza jurídica de sanção penal e era aplicada àquele doente mental, possuidor de desenvolvimento mental incompleto ou retardado que cometesse uma infração penal ou para aqueles condenados que, de alguma forma, desenvolvessem alguma patologia mental durante o cumprimento da pena. Para o cumprimento da medida de segurança o CP/1940 previa diversas modalidades de estabelecimentos penais, conforme a gravidade do delito cometido e periculosidade do agente. Não era levada em consideração a gravidade da doença mental; portanto tal medida não se destinava a cura do paciente e sim seu encarceramento, pois o tratamento dado a medida de segurança era jurídico/legal e não médico. Tais estabelecimentos eram denominados como manicômio judiciário, casa de custódia e tratamento e colônia agrícola²⁸.

Na sistemática trazida pelo CP/1940 era possível a aplicação da medida de segurança e pena em conjunto, no que convencionou chamar de sistema duplo binário ou duplo trilho, cumpridas de forma sucessiva, ou seja, se cumpria a medida de segurança e após a pena. Tal sistema foi substituído pelo sistema vicariante ou monista, conforme reforma da parte geral do CP/1940 promovida pela lei 7.209/1984. Pela atual sistemática somente é aplicada ao inimputável descrito no art. 26, do Código Penal, a medida de segurança. Nesse sentido leciona Junqueira e Vanzolini:

Na sistemática anterior era admissível, nesses casos, a imposição cumulativa de pena e medida de segurança (sistema duplo-binário ou de dois trilhos) que deveriam ser cumpridos sucessivamente. Com a reforma da Parte Geral do Código Penal, em 1984, no entanto, abandonou-se por completo o sistema duplo-binário, passando-se a adotar o sistema vicariante, unitário ou monista. Segundo ele, não é possível a aplicação cumulativa, senão alternativa das duas espécies de sanção penal. Ou bem o juiz entende mais convincente a aplicação da pena (e aí é obrigado a reduzi-la no patamar indicado) ou descarta a pena e aplica tão somente medida de segurança.” (JUNQUEIRA e VANZOLINI, p. 404, 213).

Portanto, o sistema penal teve uma evolução no tratamento dispensado aos acometidos de transtornos mentais, como por exemplo vedação ao encarceramento automático do doente em casa ou instituição específica com o

²⁸ §1º, art. 88, do CP/1940: “São medidas detentivas: - I - internação em manicômio judiciário; - II - internação em casa de custódia e tratamento; -0 III - a internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional.

objetivo de alijá-lo do convívio social ao invés do tratamento, estabeleceu exame pericial médico e revisão no período determinado no Código Penal, a fim de avaliar a persistência ou não da periculosidade e a abolição do sistema Binário, porém não reconheceu que a análise da periculosidade não deve ser considerada de forma absoluta e sim ser avaliada pelo médico, em cada caso concreto.

2.2 Reformas Históricas na Saúde Mental Brasileira

No Brasil, anteriores a Lei nº 10.216/2001, inúmeras legislações regularam a relação doença x saúde mental dos acometidos por transtorno mental e estabeleceram reformas na política de atendimento, bem como alteração no tratamento dispensado àquele doente que cometesse alguma infração penal. A distinção a que podemos chegar entre a atual legislação e as anteriores centraliza-se na política de desinstitucionalização e a adoção da internação como última forma de tratamento quando ocorrer o insucesso das demais medidas ambulatoriais.

No Brasil, o primeiro instrumento legal com vistas a estabelecer o tratamento destinado aos doentes mentais foi Decreto nº 896/1892, denominado de Assistência Médico-Legal dos Alienados. Tal legislação consolidava as diversas exposições esparsas relativas ao controle dos serviços médicos psiquiátricos oferecidos no país e estabelecia que aliada a terapêutica do hospício seriam criadas colônias agrícolas. Como é possível notar tal legislação não trouxe regramento no regime de tratamento dispensado ao doente, pois permanecia a política de exclusão social, porém agora endossada pelo médico psiquiatra e pela legislação.

No campo da saúde mental ocorreram diversas reformas legislativas no Brasil, com vistas ao tratamento dos acometidos de transtorno mental, sendo a primeira ocorrida em 22 de dezembro, de 1903, com o Decreto 1.132/1903, sob a idealização de Juliano Moreira e João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921), ambos médicos psiquiatras, o qual promoveu reforma no tratamento da loucura baseada em critérios médicos. Nesta legislação, o Estado avocou para si o dever de asilar e internar o louco, estabelecendo freios as internações efetuadas até então, as quais não possuíam critérios médicos ou controle. O diploma legal

dispunha que somente poderiam permanecer internadas aquelas pessoas cujas alienações mentais pudessem ser provadas, bem como que a internação seria provisória, pelo prazo de 24 horas, devendo o diretor do estabelecimento informar ao juízo da área do fato, juntamente com um relatório médico indicando a necessidade da manutenção da internação por este período.

Os doentes não poderiam permanecer presos em cadeias públicas junto aos criminosos, devendo ser encaminhados, imediatamente, aos estabelecimentos hospitalares destinados ao tratamento psiquiátrico e no caso de doentes condenados determinou a criação de manicômios judiciais. A legislação estabeleceu, ainda, vários requisitos sanitários e de segurança aplicados aos hospícios, em especial que o estabelecimento psiquiátrico deveria ser dirigido por um médico psiquiatra e que sanções poderiam ser impostas àqueles que atentarem contra os direitos dos doentes mentais. Apesar desta legislação estabelecer critérios para internação do doente, ainda assim havia internações fora das prescrições legais e médicas devido a política republicana vigente de garantir a manutenção da segurança e a ordem pública reprimindo e punindo comportamento inadequados e, neles o comportamento do doente mental estava inserido.

A segunda reforma ocorreu em 10 de janeiro de 1927, com a criação do Decreto 5.148-A. Nele foram mantidas condutas anteriormente dispostas no Decreto 1.132/1903, porém procurou distinguir os doentes mentais considerados alienados e não alienados, resultando na diferença descrita na medicina como doença crônica ou aguda, o que gerou reflexos na autonomia da vontade do doente disposta na legislação civil. Estabeleceu, como opção, o tratamento domiciliar caso o paciente tivesse apoio familiar e condições de lhe serem administrados cuidados que, porventura, necessitasse, porém estabeleceu requisito temporal de até dois meses de duração, se não houvesse regressão da doença o mesmo deveria ser hospitalizado. Nota-se o prestígio ao tratamento extra-hospitalar, do apoio familiar e da comunidade como medidas curativas, ao invés da internação. Nesse sentido descreve Mussi:

As modalidades de assistência psiquiátricas são ampliadas pelo Decreto 5.148-A, podendo o doente mental receber tratamento domiciliar por prazo determinado (máximos de dois meses). Verifica-se, nesse cuidado, um embrião da atenção extra-hospitalar e o reconhecimento de que o cuidado no meio social é importante para a recuperação do doente mental. (MUSSI. p. 37, 2008).

A terceira reforma ocorreu com a criação do Decreto 24.559/1934 pelo Ministério da Educação e Saúde, do governo de Getúlio Vargas, revogando o Decreto 1.132/1903, nele o Estado passou a propiciar um melhor acesso a saúde instituindo novas abordagens terapêuticas, pois foram criados ambulatórios e hospitais-colônia, serviços de profilaxia mental, estabeleceu a assistência aos menores doentes mentais e aos toxicômanos em geral, previsão da internação voluntária e involuntária e a participação da família e comunidade no tratamento do doente mental. Muito embora tenha sido editado em um momento em que vigia a influência do pensamento médico baseado na eugenia, houve um avanço nas políticas de saúde mental, porém tais políticas públicas derivadas das legislações somente possuiriam efeitos práticos associadas as ações governamentais, o que não houve. Ainda que o governo de Vargas tenha promovido política de bem-estar social a população, tal política não se mostrou efetiva a todos indistintamente, visto que os acometidos de transtorno mental ainda se mantinham excluídos na prática, restritos e confinados aos hospitais psiquiátricos, modalidade de tratamento que se mostrou preponderante até a década de 1980, quando diminuiu com a criação do primeiro Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) no ano de 1987 e seguintes, quando se tornou, em 1992, uma política de saúde mental adotada pelo Ministério da Saúde pela Portaria SAS/MS nº 224. Tal Decreto foi revogado pelo Decreto 99.678/90, o qual reformulou a estrutura administrativa do Ministério da Educação, passando a política de saúde mental ficar a cargo do Ministério da Saúde.

A quarta reforma foi promovida com o advento da Lei. 10.216/2001 que procurou estabelecer ao acometido de transtornos mentais o acesso a saúde mental humanizado sem controle social pelo estado, visando a reinserção social em sua comunidade e família, tudo de forma extra-hospitalar. Pretende a lei estabelecer o acesso a políticas públicas de saúde ao doente e o direito ao melhor tratamento de sua patologia, observadas as características de seu transtorno, visando garantir os direitos constitucionais de liberdade na escolha ao melhor tratamento, a igualdade entre os demais doentes e a proteção social garantida pelo Estado.

2.3 Influência do Direito Internacional na Atual Reforma Psiquiátrica Brasileira

Com a ascensão do nazismo na Alemanha da Segunda Guerra mundial, houve uma perseguição aos seres humanos considerados como inferiores pela teoria da raça ariana, vigente a época neste país. Tal política eugenista e higienista tinha como propósito a erradicação dessa população considerada indesejada. Este grupo era composto por judeus, homossexuais, negros, doentes mentais, dentre outros, os quais deveriam ser encarcerados, estudados ou exterminados pelo regime. Nosso país, na década de 1930, chegou a se alinhar a tal política no Estado Novo, tanto pelas ideias de Vargas, como pela medicina a época, sendo exemplo disso a adoção do eugenismo e higienismo pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Somente após o Brasil ter navios afundados pela Alemanha na Segunda Guerra é que Vargas se viu obrigado a declarar guerra ao Eixo em 1942, alinhando-se aos Estados Unidos e, portanto, se mostrando contrário ao regime nazista. Neste mesmo ano a eugenia perdeu seu valor e a LBHM é substituída pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM).

Acordo assevera Comparato (2017, pág. 225 e 226) com o término da Segunda Guerra o mundo viu a evolução da capacidade bélica de uma nação, para causar a destruição de povos por considerá-los inferiores, bem como o extermínio de minorias de seus nacionais, experimentos sem rigor ético e, por fim, a possibilidade de aniquilação da humanidade com advento das armas nucleares. Como até então, questões relacionadas aos nacionais eram abordadas pelos países no âmbito interno de seus territórios houve a necessidade de criação de um organismo internacional com a finalidade de manter a paz, respeitar o direito à vida dos homens e a garantir a dignidade da pessoa humana em nível mundial. Assim, foi criada a Organizações das Nações Unidas (ONU) em 1945 que logo em seu preâmbulo dispõe sobre a proteção dos direitos humanos:

NÓS, OS POVOS DAS NAÇÕES UNIDAS, RESOLVIDOS a preservar as gerações vindouras do flagelo da guerra, que por duas vezes, no espaço da nossa vida, trouxe **sofrimentos indizíveis à humanidade, e a reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem** (grifo nosso), na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direito dos homens

e das mulheres, assim como das nações grandes e pequenas, e a estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes do direito internacional possam ser mantidos, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade ampla....” (Carta da ONU, Pág. 3)

O Brasil internalizou a carta da ONU, em seu território, pelo Decreto nº 19.841/1945.

Em cumprimento ao artigo 68 da Carta, foi criada em 1947 a Comissão para os Direitos Humanos e no ano de 1948 houve a aprovação da carta de Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nela se pode destacar o direito à vida e acesso à saúde como direitos humanos universais, conforme se descreve a seguir, *in verbis*:

Artigo 3: Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal; e

Art. 25.1: Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.” (Declaração Universal dos Direitos Humanos, Art. 3 e 25.1).

Visando dar força e concretude aos direitos humanos que, devido a sua forma de resolução, gerou controvérsia sobre a obrigatoriedade de seu cumprimento, no ano de 1966 foram aprovados pela Assembleia das Nações Unidas o Pacto Internacional de Direitos Econômicos e Sociais e Culturais (PIDESC) e o Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos (PIDCP) com objetivo de tornar obrigatória a observância dos direitos humanos descritos em ambos os instrumentos pelos países que os aderirem. Para garantir o cumprimento dos Pactos citados, houve a necessidade de criação de Comitês para avaliação dos relatórios encaminhados pelos países aderentes, contendo as informações sobre o cumprimento das determinações estabelecidas no PIDESC e no PIDCP. Apesar de possuir caráter de recomendação e, portanto, não sancionatório, as decisões dos Comitês possuem força moral e política ao delimitar as violações cometidas pelo Estado, no âmbito internacional.

Deve-se ressaltar que o Brasil sempre pecou no respeito ao direito internacional, para exemplificar o PIDESC foi assinado pelo Brasil somente no

ano de 1991 e o ratificou pelo Decreto presidencial 591 no ano de 1992. Como se pode notar transcorreram mais de 15 anos, para que o nosso país aceitasse a internalização de questões de profunda importância aos cidadãos, algumas das quais garantias e direitos fundamentais equiparadas a Normas Constitucionais. Ainda apontando a desídia do Brasil, nosso país já fora condenado por duas vezes devido as violações das obrigações de saúde assumidas no PIDESC e aos direitos humanos. Como exemplo de tais condenações, temos dois casos no âmbito do Direito a Saúde descritos a seguir:

1. O caso *Ximenes Lopes x Brasil*²⁹, em que o estado brasileiro fora condenado em 2006 pela Corte Interamericana de Direitos Humanos por violação dos direitos a vida e a integridade de Damião Ximenes Lopes, o qual falecera em 1999, bem como a violação a diversos direitos da sua família. Ximenes sofria de transtorno mental e estava aos cuidados do Hospital Psiquiátrico Casa de Repouso Guararapes, conveniado ao Sistema Único de Saúde, e lá sofreu maus tratos e tortura vindo a falecer em decorrência dos ferimentos sofridos de tais condutas; e
2. o caso de discriminação de Alyne da Silva Pimentel Teixeira *Alyne vs. Brasil*³⁰, analisado pela Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW, sigla em inglês), a qual condenou o Brasil em 2011 pelo péssimo atendimento prestado à Alyne, por ocasião do pré-natal e parto realizado pelo SUS, cujos atos a levaram a sua morte. Sendo assim, com a edição do PIDESC e do PIDCP existe a possibilidade de condenação de países por sua mora em empreender os direitos ali descritos ou de fiscalizar o seu cumprimento, promovendo violação das obrigações de saúde assumidas. (OLIVEIRA, *et al.* 2016, pág. 297)

Em 1969, no âmbito da comunidade civil dos Estados Unidos da América (EUA), a fim de dar concretude à fiscalização no cumprimento dos Direitos Humanos negligenciados pelas diversas instituições americanas no atendimento aos pacientes psiquiátricos e também devido as diversas denúncias de maus tratos ocorridos nestas instituições, houve a fundação pela igreja de cientologia americana em conjunto com o psiquiatra húngaro Thomaz Szasz - o mesmo psiquiatra que refutava a existência da doença mental e promovia manifestações

²⁹ Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf.

³⁰ Disponível em: https://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008_sp.pdf.

contra a psiquiatria nos EUA - da Comissão dos Cidadãos para os Direitos Humanos (CCDH), entidade civil e sem fins lucrativos que se destina a vigilância dos serviços de saúde mental visando coibir atuações contra os direitos humanos, a saúde e outros direitos constitucionais e civis. Embora tenha surgido nos EUA, hoje atua em alguns países como Venezuela, Colômbia, Inglaterra, África do Sul, e, nos EUA atua na Flórida, Carolina do Norte e do Sul e Connecticut. Para sua atuação criou uma Declaração de Saúde Mental, a qual visa assegurar ao acometido por transtorno mental um tratamento que não atente contra sua dignidade humana. Apesar de não ter natureza legislativa, pois se trata de um documento editado por uma organização não governamental, muitas das orientações especificadas na CCDH encontram-se descritas na nova política de saúde mental empreendida no Brasil. (LEME, *et al.* 2021, pág.38 e 39)

Outra influência internacional na construção da atual política de saúde mental proveio da Itália, pelas ideias do psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), o qual conduziu uma reformulação da política de saúde mental sob modelo de desinstitucionalização da internação psiquiátrica, baseadas nas ideias de Foucault, no hospital psiquiátrico de Gorizia em 1962 e depois no hospital psiquiátrico de Trieste em 1970. Basaglia defendia, sobretudo, que a psiquiatria não deveria ser um instrumento de controle social e segregação nos moldes dos estabelecimentos manicomiais, mas de tratamento da doença com enfoque na participação da comunidade e família objetivando a cura e a inserção social do doente garantindo a humanização do tratamento, por isso, defendia o fechamento das unidades de internação psiquiátrica, apoiando o tratamento extra-hospitalar dos doentes. Sua experiência e sucesso com o fechamento do hospital psiquiátrico de Trieste e reformulação das políticas de saúde mental foi de tamanha importância que influenciou a Itália a editar a Lei 180/1978, a qual previa a internação como última medida terapêutica. Suas ideias influenciaram diversas políticas de saúde mental em países sul-americanos, em especial o nosso país, pois foi um precursor da atual política de saúde mental. (BASAGLIA, 2005, pág. 315 a 323)

Por fim, outro instrumento internacional que influenciou a nossa política de saúde mental foi a Declaração de Caracas, a qual foi confeccionada com base na Conferência Regional para Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde,

promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1990. A principal mudança proposta no documento era a alteração do anterior enfoque com base intra-hospitalar, para o tratamento com base extra-hospitalar e apoio da comunidade do doente, a fim de garantir a construção da rede de atenção psicossocial externa visando a inserção do acometido de doença mental a sociedade, com inclusão social e dignidade pessoal.

Portanto, conforme já apontado o direito internacional teve fundamental influência nas políticas de saúde mental no nosso país, o qual procurou se distanciar do modelo hospitalocêntrico, para privilegiar um modelo extra-hospitalar com atenção a construção da rede de atenção psicossocial externa e apoio da comunidade e família, desaguando com a edição da lei 10.216/2001. Tal lei, além de instituir a desinstitucionalização do doente, levou os acometidos por transtorno mental a ter reconhecidos o direito à saúde adequado, a igualdade, liberdade, proteção do Estado e seu lugar como sujeitos sociais.

2.4 O Acesso a Saúde na Constituição Federal de 1988

Primeiramente, cabe conceituar o termo saúde³¹, o qual teve sua primeira construção pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no ano 1946, conforme se descreve: “... um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”. Tal conceito encontra-se ultrapassado, por importar em um conceito negativo e desprezar os demais determinantes sociais, os quais influenciam na saúde do ser humano. Conforme descreve (Lamy, et al., 2018) os Tratados de Direitos Humanos acabaram por elevar a conceito positivo de saúde, ampliando suas condições com as consequentes conferências da OMS de Alma Ata e Declaração Otawa, o qual deve se traduzir numa melhor qualidade de vida do cidadão, cabendo ao Estado garantir tais níveis elevados de saúde. Como exemplo de um conceito ampliado de saúde temos o descrito na Observação Geral 14, do PIDESC³², a qual procurou definir o melhor conceito de saúde a ser adotado pelos países, pois

³¹ <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-que-ro-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>.

³² <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.

nele se descreve que cada cidadão tem o direito de desfrutar do nível mais elevado de saúde, levados em conta tanto as condições biológicas e socioeconômicas essenciais do indivíduo, como os recursos com os quais conta o Estado. Sendo assim, o conceito de saúde dado pela OMS encontra-se ultrapassado, pois deixa de abarcar também todos os determinantes sociais da saúde como condições de trabalho, de moradia, econômicas, sociais, regionais e culturais, os quais podem afetar uma saúde plena do cidadão. Neste mesmo sentido descreve Águeda, a qual também abrange minudentemente o conceito de saúde, na seguinte forma:

Consequentemente, subscrevemos a concepção de saúde, como um processo que varia de acordo com os contextos históricos e culturais de cada sociedade. Isso é construído como um suposto estado de bem-estar a ser alcançado, parâmetro que diferencia o que é saúde e o que não é. Assim, saúde, doença e cuidado responder a processos históricos que são atravessados por diferentes fatores: sociais, políticos, culturais e/ou econômicos, determinantes e definidores o que se entende por saúde e doença. Portanto, os processos de saúde-doença, são processos (e não situações de "saúde total" ou "doença"). totalidade") que constituem a vida cotidiana e organizam a vida individual, família e social. (Águeda, 2014 pág. 25, traduzido ao português).

Também, neste sentido, ensina João Loureiro, citado por Sarlet (2012, pág. 327) que a saúde é um conceito interdependente com demais direitos fundamentais elencados na nossa Constituição como a vida, integridade física, educação meio ambiente adequado, moradia, alimentação, trabalho e outros. Portanto, hoje o conceito ampliado de saúde deve abranger o conceito fornecido pela OMS e nele se deve acrescentar as determinantes sociais da saúde.

Sob a perspectiva dos Tratados Internacionais o direito à saúde foi elevado ao patamar de direito humano fundamental e neste mesmo sentido a nossa Constituição Federal da República do Brasil/1988 (CFRB) também o fez quando abordou tal direito, sob perspectiva de princípio fundamental na garantia do direito à vida - no art. 5º, caput³³ - cabendo ao Estado o dever em garanti-lo com políticas públicas, dentre as quais políticas em saúde. Ainda neste sentido, para Moraes (Pág. 34, 2012) cabe ao Estado garantir o direito fundamental a vida sob dois prismas: 1- Direito de permanecer vivo e 2- direito subsistência

³³ “Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: ...”

para uma vida digna, sendo assim, o acesso à saúde garante o direito à vida sob estes dois prismas. Deve-se ressaltar que existe uma vinculação entre o direito à vida e o direito à saúde, pois ambos os direitos fundamentais visam a proteção da integridade física e psíquica do ser humano.

As normas constitucionais se caracterizam, ora como Princípios e ora como Regras, e, suas nuances são assim descritas por Alexy (pág. 90 e 91): Os Princípios são mandados de otimização com alto grau de generalidade, os quais determinam ao Estado implementar medidas para usufruto do direito pelo cidadão, enquanto as regras são normas que devem ou não ser satisfeitas pelo Estado em sua atividade. Desta distinção podemos caracterizar o direito à vida como um princípio de otimização e o direito a saúde como uma regra a ser satisfeita pelo Estado. Conforme disposto no art. 6, da CFRB, o direito à saúde é tratado como direito fundamental social, devendo ser encarado como uma regra do Estado, a qual gerou um dever de implemento, conforme se descreve:

Artigo 6 da Constituição Federal de 1988: São direitos sociais educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Site do Planalto, 2023)

Conforme determina a nossa Constituição o Estado deve garantir o acesso a saúde de forma universal e igualitária com serviços visando a promoção, proteção e recuperação da saúde³⁴. Musse (2008, pág. 65) afirma que para garantir o direito à saúde o Estado deve promover políticas a serem executadas diretamente pelo poder público ou por terceiro - pessoas jurídicas de direito privado -, sob a forma de convênio ou outra forma de contrato regido pelo direito administrativo público³⁵, de maneira complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS).

As políticas públicas de saúde devem ser encaradas como direito social do cidadão e gera o dever do Estado em construir hospitais, adotar programas

³⁴ “Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

³⁵ Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”

de vacinação, contratação de profissionais da área de saúde, dentre outras. Neste mesmo sentido leciona Sarlet (2011, pág. 283) que os direitos sociais prestacionais devem ser disponibilizados ao cidadão para garantir que estes possam gozar de uma igualdade material e terem acesso a distribuição pública de bens. Quando a CFRB determina como dever absoluto do Estado em promover a saúde, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doenças e outros agravos (art. 196, CFRB), ou seja uma obrigação positiva, gera também um direito público subjetivo ao cidadão em acionar o Estado no judiciário, também denominado direito de defesa estatuído pelo art. 5º, §1º c.c art. 5º, inciso XXXV, da CFRB, pela falha ou não fornecimento dos serviços de saúde, como por exemplo na negativa de internação psiquiátrica ou fornecimento de medicamentos psicotrópicos. Portanto, neste caso, o judiciário poderá julgar a legalidade no ato de supressão ou falha do acesso a saúde pelo cidadão. Neste sentido, o próprio Supremo Tribunal Federal reconhece o direito à saúde como direito subjetivo transindividual e fundamental, desde o julgamento da Suspensão de Tutela Antecipada 175³⁶, em 17 de março de 2010, a qual também definiu a responsabilidade solidária entre os entes da federação na disponibilização de serviços de saúde e demonstração concreta do princípio da reserva do possível que o impossibilite cumprir com seu dever.

No Brasil os serviços de saúde são considerados como de relevância pública e, portanto, submetidos a um controle social, a fim de se evitar abusos no seu fornecimento ou em sua falta. Nestes casos existem diversos órgãos criados para o controle dos serviços de saúde, nos quais existem a previsão da participação da comunidade, como por exemplo, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), ambos de participação paritária onde alguns de seus membros são da comunidade.

Para garantir o acesso a saúde, conforme determinado na CFRB, foram editadas diversas leis pelo legislativo e no âmbito interno da administração pública foram editados Decretos, Portarias, Regulamentos no que se denominou

³⁶ Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=610255>.

de Direito Sanitário Brasileiro³⁷, cabendo ressaltar a criação do SUS³⁸ sistema que faz parte da Seguridade Social (Previdência e Assistência Social e a Saúde)³⁹, o qual está voltado a organizar todas as ações e serviços públicos de saúde no país. (AITH, 2019)

É neste arcabouço denominado Direito Sanitário que a política de saúde mental está inserida, como política de Estado com vistas a garantir a atenção de saúde mental aos acometidos por transtorno mental. Cabe ao Estado a competência na elaboração, planejamento e execução dessas políticas de saúde sob seu próprio financiamento.

Por fim, o Brasil possui os seguintes indicadores de saúde e bem-estar, relacionados a saúde mental, com vistas a cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, referentes a agenda de 2030:

- 1) Indicador 3.4.2⁴⁰ - reduzir em um terço as taxas de mortalidade por suicídio, cabendo aqui ressaltar a utilização do convênio entre o Ministério da Saúde e o Centro de Valorização a Vida no apoio emocional e prevenção do suicídio, por intermédio de disponibilização nas vinte e quatro horas do dia, de chat on line e ligação pelo número 188, como importante meio para redução destas taxas; e
- 2) Indicadores 3.5.1 e 3.5.2, referentes a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool encontram-se em análise e construção.

³⁷ Termo cunhado por Fernando Aith (advogado e professor) para designar o arcabouço legal e demais normas administrativas dos Órgãos de Saúde.

³⁸ Lei 8080/1990.

³⁹ “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”.

⁴⁰ Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador342>.

3. Políticas Públicas de Acesso à Saúde Mental Civil e Militar

3.1 Política de Saúde Mental Civil

A atenção em saúde mental prestada pelo poder público é oferecida pelo SUS e garantida pelo financiamento tripartite da Lei Complementar 141/2012, na qual os três entes federativos (União, estados e municípios) são responsáveis pelo aporte financeiro e ações municipalizadas, observados os níveis de complexidade. A atenção no atendimento se foca no acolhimento e humanização do doente e da família e participação da comunidade, visando não mais somente o doente, sempre em nível municipal. A rede de atendimento de saúde mental, crack, álcool e outras drogas é baseada na prática de desinstitucionalização da internação hospitalar promovida pela reforma psiquiátrica, da Lei 10.216/2001. De forma a garantir tal política foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cujo sistema é dividido em:

1. CAPS – são substitutos das unidades de modelo asilar, nas quais o paciente permanecia internado (Hospitais Psiquiátricos). Prestam serviços de saúde de forma aberta e comunitária por equipe multidisciplinar (psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos etc.) de forma a dar atendimento prioritário as pessoas com sofrimento mental, decorrentes de suas patologias ou decorrentes do uso e abuso de drogas ou álcool. Atua tanto nas crises, como na reabilitação do doente. Para garantir sua atuação existem diversas modalidades de CAPS, conforme público-alvo e quantidade populacional, quais sejam: - CAPS I, - CAPS II, CAPS i, CAPS AD Álcool e Drogas, CAPS III e CAPS AD III Álcool e Drogas. Caso o município não possua nenhum CAPS, o atendimento ocorrerá pela unidade básica de saúde, porta de entrada do SUS;
2. Serviços residências Terapêuticos – são moradias destinadas àqueles pacientes que permaneceram por muito tempo internados em hospitais psiquiátricos e aos pacientes que porventura estejam em situação de vulnerabilidade social;
3. Unidade de Acolhimento – são unidades em ambiente residencial que fornecem cuidados contínuos (24h) aos dependentes de drogas e álcool que apresentem vulnerabilidade social. Tem caráter transitório e a estadia máxima de seis meses;

4. Comunidades Terapêuticas – são serviços de saúde, de caráter contínuo e forma residencial transitória, para pacientes que apresentem quadro de saúde estável, após o abuso de drogas e álcool; e

5. Hospital Dia – trata de uma forma de atendimento médico intermediário entre a internação e o regime ambulatorial, para realização de exames clínicos, cirúrgicos, diagnóstico e terapêuticos por um período não superior a 12 horas.

Outro instrumento adotado pelo Ministério da Saúde no atendimento a Política de Saúde Mental foi a de incluir, na forma de convênio, uma parceria entre o SUS e o Centro de Valorização a Vida no apoio emocional e prevenção do suicídio, causado pelo transtorno depressivo. Tal convênio disponibiliza ligação gratuita pelo número 188, bem como apoio por chat 24h por dia.

Conforme se pode notar todo o sistema de tratamento, apoio e reabilitação foi organizado visando atender não somente os acometidos por transtornos mentais, mas também os dependentes químicos, cujo enfoque é o atendimento fora do ambiente hospitalar, cabendo a internação como última forma de terapêutica. Para garantir tal política o CAPS é o instrumento de excelência da Rede, como se pode notar por suas inúmeras subdivisões, para atender cada tipo de patologia e público que o procure. O CAPS realiza atendimento multidisciplinar objetivando atuar não apenas no sofrimento mental, mas em todas as demandas de saúde que o usuário apresente. Deve-se ressaltar que apesar da RAPS ter sido criada como uma política integrada de saúde mental, os seus diversos serviços não estão reunidos em um complexo, o que por vezes, pode dificultar o acesso dos doentes aos outros serviços da Rede que não o CAPS e gerar absenteísmo do doente ao tratamento.

3.2 Um Modelo de Política em Saúde Mental Militar com Base na Lei 10.216/2001

As políticas públicas empreendidas pelo governo federal, de forma a garantir a reforma psiquiátrica disposta pela Lei 10.216/2001, criaram o arcabouço do Sistema de Atenção à Saúde Mental baseado no modelo de desinternação hospitalar oferecido pelo SUS, promovendo e garantindo o atendimento na forma da estrutura da RAPS. Tal modelo de tratamento também é aplicado no atendimento aos pacientes acometidos de transtornos mentais na Unidade

Integrada de Saúde Mental da Marinha do Brasil, modelo de complexo hospitalar psiquiátrico baseado na política pública de desinternação hospitalar e por determinação da Diretoria de Saúde da Marinha, estruturado nos moldes do modelo desenvolvido pelo SUS, na RAPS. Muito embora siga política interna determinada pela Diretoria de Saúde da Marinha conforme os ditames da legislação, por ser uma organização hospitalar militar onde militares ativos, inativos, ex-combatentes, seus dependentes e pensionistas são atendidos, encontra similitude nos ditames das políticas públicas de saúde mental empreendidas pelo Ministério da Saúde, mesmo não sendo subordinada a este órgão.

3.3 O Sistema de Saúde da Marinha e a Política de Saúde Mental

O Direito a Saúde na Marinha do Brasil é regido por um complexo de normas administrativas como o Decreto 92.512/1986 ⁴¹, normas administrativas denominadas DGPM emanadas pelo Diretor Geral de Pessoal da Marinha (DGPM), Órgão Militar o qual a Diretoria de Saúde da Marinha⁴² se subordina, Manuais dos Pacientes, Cartas de Serviços e demais informativos das Organizações Militares prestadoras de serviços médicos.

No que concerne ao Sistema de Saúde da Marinha (SSM) a norma que regulamenta o atendimento prestado aos usuários do Sistema é a DGPM-401, a qual define o SSM em seu Capítulo II: Como o conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informação destinados a manter as atividades de saúde na Marinha do Brasil. Tal norma divide o Sistema de Saúde da Marinha (SSM) em três subsistemas:

1. Subsistema Assistencial – Propriamente o subsistema que garante a prestação da assistência médico-hospitalar (AMH) aos usuários do SSM;
2. Subsistema Médico-Pericial – possui competência para o controle e a verificação da higidez dos militares que estão em atividade ou inatividade, na seleção para admissão de pessoal e outros controles de saúde. Tais controles

⁴¹ Estabelece normas, condições de atendimento e indenizações para a assistência médico-hospitalar ao militar e seus dependentes, e dá outras providências.

⁴² <https://www.marinha.mil.br/dsm/historico>.

serão regidos por outra norma, a DGPM-406 que trata das Inspeções de Saúde do pessoal; e

3. Subsistema de Medicina Operativa – possui competência para manter o controle dos recursos específicos em saúde aos efetivos militares ou civis empregados em tempo de paz ou em situações de conflitos e a manutenção de saúde e recuperação das baixas em conflitos ou na garantia da lei e da ordem, quando for solicitado.

No Subsistema Assistencial a assistência médico-hospitalar, nos moldes do SUS, é prestada de forma regionalizada, hierarquizada e integrada com enfoque em ações que visem a prevenção de doenças, recuperação e manutenção da saúde conforme determina a DGPM-401. A fim de atender o território nacional e cumprir a regionalização do Sistema existem os Hospitais Navais Distritais (Ladário-MS, Brasília-DF, Salvador-BA, Recife-PE e Belém-PA), Policlínicas Navais (Manaus-AM, Rio Grande-RS, São Pedro da Aldeia-RJ, Niterói-RJ, Campo Grande-RJ e Tijuca-RJ), um Ambulatório Naval na Penha-RJ, um Hospital Central da Marinha-RJ, um Sanatório Naval-Friburgo, uma Odontoclínica Central da Marinha-RJ e por fim uma Unidade de Saúde Mental-RJ, para atendimentos de média e baixa complexidade que incluem a reabilitação e a assistência domiciliar, exceto no Rio de Janeiro, onde esta última é executada pelo Hospital Naval Marcílio Dias, unidade de alta complexidade hospitalar. No Distrito Federal também existe o Hospital das Forças Armadas que atende as três Forças em média e alta complexidade. Como se pode notar, a Marinha do Brasil procurou criar organizações hospitalares em locais onde suas unidades operativas estão presentes. Quando não existir Organização Militar Hospitalar na região ou Organização Militar com Facilidade Médica por meio de contratos administrativos ou convênios, a assistência será prestada conforme a seguinte prioridade:

1. Organização de Saúde do Exército Brasileiro, Força Aérea Brasileira ou Forças Auxiliares (Polícias ou Bombeiros Militares) ou
2. Sistema Único de Saúde no âmbito federal, estadual ou municipal.

Em ambos os casos, deverá haver acordo ou convênio administrativo e consequente indenização do atendimento prestado ao militar, pela Marinha do Brasil.

Para manutenção do Sistema de Saúde da Marinha existe a previsão do Fundo de Saúde da Marinha (FUSMA), mantido com recursos orçamentários da União Federal conforme prevê o art. 50, IV, alínea e, da Lei 6.880/1980⁴³ e extraorçamentários advindos da contribuição obrigatória de natureza previdenciária ao (FUSMA), tanto do militar em atividade ou inatividade, da ordem de 1,6% da remuneração bruta ou proventos de inatividade, divididos em 1,35% para assistência médico-hospitalar e 0,25% para a assistência social, bem como de seus dependentes estatuídos na ordem de 0,3% por dependentes diretos e 0,6% por dependentes indiretos (instituídos). Também é prevista uma coparticipação em cada atendimento médico ou exames prestados, por meio da Indenização Hospitalar (INHOS). Os Ex-combatentes e suas viúvas são isentos da contribuição ao FUSMA.

No Capítulo 14, da DGPM-401, há regramento da atuação do subsistema assistencial no que tange ao tratamento psiquiátrico no âmbito da Marinha do Brasil, logo em sua conceituação a norma define que serão observadas as regras descritas na Lei. 10.216/01 quanto ao tratamento dispensado aos acometidos de transtornos mentais. Assim dispõe o Inciso 14.1, do Cap. 14:

A Assistência Médica em Psiquiatria amparada pelo SSM visa a prevenção e o tratamento dos transtornos mentais nas suas diversas apresentações e níveis de comprometimento, em conformidade com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.” (DGPM-401, 2012).

A atenção à saúde dispensada aos usuários do SSM, acometidos de transtornos mentais, seguirá focada em 3 eixos:

1. Atividades de Prevenção e Promoção a Saúde – baseadas em ações educativas destinadas à proteger o usuário dos fatores de risco em sua comunidade e trabalho;
2. Atenção Básica – prioriza a detecção precoce e tratamento em nível ambulatorial dos transtornos leves e moderados com baixo custo e sem necessidade de internação.

⁴³ Art. 50. São direitos dos militares: ... e) a assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes, assim entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem como o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários ...

3. Atenção Especializada – nesta está incluído o tratamento dos usuários acometidos por transtornos mentais de gravidade moderada a grave e os casos de internação. Tal atenção visa diminuir a enfermidade, buscar a inserção do doente a sua família e comunidade e diminuir o grau de sua dependência social e institucional.

Para uma atenção especializada na saúde mental a Diretoria de Saúde da Marinha procurou descentralizar a atenção básica, visando desenvolver treinamento específico em seus agentes de saúde de todas as áreas, com a finalidade de transformá-los em membros atuantes no sistema de política mental da Força. Portanto, não restringiu a atuação apenas dos profissionais de saúde mental, como psiquiatras e enfermeiros, podendo o profissional de saúde das demais áreas da ciência médica ser um elemento da política de saúde mental da Marinha do Brasil, assim garantindo uma maior abrangência, conforme dispõe o inciso 14.2.2, da DGPM-401:

As atividades de Prevenção e Promoção de Saúde poderão ser desenvolvidas por agentes de saúde, médicos não especialistas e outros profissionais de saúde da MB, aos quais será dispensado treinamento específico, supervisão técnica e/ou assessoria por parte da equipe de Saúde Mental da UISM ou Organização Militar com Facilidades Médicas (OMFM) da área que disponha de equipe especializada no atendimento em Saúde Mental, para atuação junto à comunidade naval.” (DGPM-401, 2012).

A Diretoria de Saúde da Marinha, por delegação de competência da Diretoria Geral de Pessoal da Marinha, desenvolve programas de saúde com base no modelo assistencial previsto na DGPM-401 visando com que as unidades da rede de assistência médica se tornem capacitadas a desenvolver, de maneira uniforme, as ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Para garantir o funcionamento dos programas de saúde de sua competência criou o Manual do Programa de Saúde da Marinha⁴⁴, chamado DSM-2006. Esta norma está dividida em 17 capítulos e em cada um deles possui a previsão de um programa de saúde específico desenvolvido pela Diretoria de Saúde, no âmbito interno da Força, assim divididos:

(...) Capítulo 1, são apresentadas as Diretrizes Gerais dos Programas de Saúde da Marinha. Nos demais capítulos são descritos os seguintes Programas de Saúde: no Capítulo 2, o Programa de Imunizações; no Capítulo 3, o Controle da Hipertensão Arterial; no Capítulo 4, o Programa de Controle do Diabetes Mellitus; no Capítulo 5, o Programa de IST/AIDS; no Capítulo 6, o Programa de Dermatologia – Controle

⁴⁴ <https://www.marinha.mil.br/saudenaval/programas-de-saude>

da Hanseníase e Prevenção de Câncer de Pele; no Capítulo 7, o Programa de Pneumologia Sanitária; no Capítulo 8, o Programa de Saúde do Idoso; no Capítulo 9, o Programa de Saúde Mental; no Capítulo 10, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente; no Capítulo 11, o Programa de Saúde da Mulher; no Capítulo 12, o Programa de Saúde do Homem; no Capítulo 13, o Programa de Atenção Farmacêutica; no Capítulo 14, o Programa de Atenção às Doenças Ocupacionais; no Capítulo 15, o Programa de Reabilitação, no Capítulo 16, o Programa de Saúde bucal; e no Capítulo 17, Projetos e Oficinas. (Manual DSM-206, 2021).

Neste manual, o programa que interessa ao estudo é o descrito no capítulo 9 denominado Programa de Saúde Mental, o qual define sua aplicação tanto aos militares em atividade, como aos demais usuários do Sistema de Saúde da Marinha. Possui a função de definir estratégias focadas na prevenção primária em nível básico de saúde, com a finalidade de evitar a ocorrência de novos casos de usuários dependentes de substâncias psicoativas, procurando identificar perfis de militares que adentram os quadros da Marinha e estão em idade com maior risco para consumo de drogas; atendimento do usuário com sofrimento mental em nível ambulatorial visando diminuir o agravo e por fim com ações preventivas na forma de campanhas educativas, cartilha de saúde mental⁴⁵, palestras⁴⁶, notas educativas⁴⁷ visando orientar, esclarecer e combater a dependência química, a identificação de sinais e sintomas relacionados aos transtornos mentais de forma a prevenir seus agravos e capacitação do pessoal de saúde em geral⁴⁸ na identificação dos transtornos mentais ou dependência química, para posterior encaminhamento a assistência médica adequada. Além disso, visa o aprimoramento das intervenções de prevenção e tratamento aos agravos na saúde física e mental dos usuários dependentes de substâncias químicas, em nível ambulatorial ou hospitalar, quando indicada a internação.

Conforme se nota, a Diretoria de Saúde da Marinha procurou pautar o seu Programa de Saúde Mental em medidas de forma ambulatorial, deixando a abordagem terapêutica da internação como última forma de terapia. Privilegia a atenção básica e preventiva ao invés da abordagem hospitalar estabelecendo

⁴⁵https://www.marinha.mil.br/saudenaval/sites/www.marinha.mil.br.saudenaval/files/cartilha_sau_de_mental_2022.pdf

⁴⁶1. <https://www.marinha.mil.br/node/1146>; e 2. <https://www.marinha.mil.br/noticias/prevencao-dependencia-quimica-e-tema-de-curso-0>

⁴⁷1. <https://www.marinha.mil.br/ciaa/sites/www.marinha.mil.br.ciaa/files/DEPEND%C3%8ANCIA%20QU%C3%8DMICA.pdf>; e

2. <https://www.marinha.mil.br/noticias/diretor-geral-do-pessoal-da-marinha-visita-centro-de-dependencia-quimica>.

⁴⁸ <https://www.marinha.mil.br/noticias/prevencao-dependencia-quimica-e-tema-de-curso>

medidas menos invasivas e baratas como palestras e campanhas educativas visando orientar, prevenir e diminuir os resultados da dependência química e os efeitos do sofrimento mental, tanto do paciente quanto do seio familiar. Também é definida a capacitação dos profissionais de saúde e demais profissionais da Marinha do Brasil, para identificação e atuação tanto na dependência química, quanto nos transtornos mentais promovendo atuação de seus servidores da saúde fora do ambiente hospitalar psiquiátrico⁴⁹, bem como nas organizações militares não hospitalares, como elemento atuante da política de saúde mental empreendida pela Marinha, conforme também disposto na DGPM-401.

O programa de atenção especializada em saúde mental está assim distribuído:

1. No Rio de Janeiro:

- a) Espaço Consciência e Cuidado - localizado no Hospital Central da Marinha (HCM), no centro da cidade, anteriormente chamado de Centro de Dependência Química (CEDEQ) é responsável pelo acolhimento, avaliação e tratamento psicológico e psiquiátrico aos dependentes químicos considerados lícitos (fumo e álcool) e ilícitos;
- b) Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) – atendimento clínico-emergencial aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha que estão em intoxicação ou abstinência provenientes do abuso de substâncias químicas lícitas ou ilícitas, até sua desintoxicação;
- c) Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) – atua tanto no tratamento ambulatorial dos usuários do sistema de saúde que estão em sofrimento mental ou dependentes químicos, como também na necessidade de internação quando ocorrer o insucesso nas abordagens ambulatoriais, buscando a recuperação e reinserção do doente em suas famílias e comunidades.

2. Nos demais estados:

Cabe aos Hospitais Distritais, a Policlínica Naval de Manaus, a Policlínica Naval de Rio Grande-RS, ao Departamento de Saúde do 8º DN em São Paulo e outras organizações militares não hospitalares, porém com facilidades médicas

⁴⁹ <https://www.marinha.mil.br/saudenaval/preven%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-depend%C3%A2ncia-qu%C3%ADmica-%C3%A9-tema-de-curso>.

(convênios), a prestação de assistência psiquiátrica aos usuários do SSM, tanto de forma ambulatorial quanto nos casos em que haja necessidade de internação, na sua respectiva área de abrangência ou a necessidade de transferência do doente à Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), desde que avaliados o custo e benefício da transferência, já que internações psiquiátricas se dão por período limitado e o ônus com passagens aéreas e diárias de servidores podem superar o custo de uma internação em hospital conveniado em sua área de abrangência.

Por fim, a política de saúde mental oferecida aos seus usuários foca no tratamento ambulatorial ou hospitalização parcial, sendo a internação psiquiátrica destinada apenas àqueles em fase de agudização de seu quadro, conforme determina a política de saúde mental brasileira.

Para facilitar a compreensão dos usuários do Sistema de Saúde da Marinha do Brasil quanto aos seus serviços ofertados, as Organizações Militares Hospitalares da Marinha (OMH) disponibilizam Manuais⁵⁰, Cartas de Serviços⁵¹ e demais informativos de seus serviços aos usuários, conforme dever de informação dos serviços públicos disposto no Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017, os quais sistematizam o direito ao melhor tratamento ao paciente, no âmbito interno da Força.

3.4 Política de Atenção Básica de Saúde Mental Desenvolvida na Marinha

Visando implementar um programa ambulatorial que atuasse no tratamento dos usuários do sistema de saúde da Marinha, maiores de 18 anos e dependentes químicos (álcool e fumo), em especial aquele militar que labore em navios, foi criado pela Diretoria de Saúde da Marinha o Centro de Dependência

⁵⁰1. https://www.marinha.mil.br/saudenaval/sites/www.marinha.mil.br.saudenaval/files/small_Manual_UISM.pdf;

2. https://www.marinha.mil.br/saudenaval/sites/www.marinha.mil.br.saudenaval/files/small_Manual_UISM.pdf; e

3. https://www.marinha.mil.br/saudenaval/sites/www.marinha.mil.br.saudenaval/files/Manual_Pacient_e_HNMD_8REV.pdf

⁵¹ 1. https://www.marinha.mil.br/cmam/sites/www.marinha.mil.br.cmam/files/upload_file/carta-UISM.pdf;

2. <https://www.marinha.mil.br/cpmm/sites/www.marinha.mil.br.cpmm/files/arquivo/CARTA%20DE%20SERVI%C3%87O%20DO%20HCM%281%29.pdf>; e

3. https://www.marinha.mil.br/hnbra/sites/www.marinha.mil.br.hnbra/files/CARTA_DE_SERVICO_S.pdf.

Química (CEDEQ). Sua inauguração ocorreu no ano de 1997 dentro das instalações do Hospital Central da Marinha no Rio de Janeiro-RJ, cuja localização fica próxima da esquadra brasileira, na cidade de Niterói-RJ. Foi a primeira política de atenção à saúde preventiva e de nível básico criada dentro das três Forças Armadas e destinada aos dependentes químicos, cujo enfoque inicial era no acolhimento dos tabagistas e pessoas que enfrentam problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e posteriormente de drogas ilícitas visando diminuição de seus efeitos e resgate do autocuidado. O tratamento segue cinco etapas baseadas nos conceitos do Programa dos Alcoólicos Anônimos⁵², tendo apoio clínico de psiquiatras e psicólogos, com duração mínima de quatro meses dependendo da evolução de cada paciente, visando o alcance da abstinência e reformulação na forma de agir e pensar. A condução das etapas e fases é realizada da seguinte forma conforme descrito por Halpern e Leite:

As fases possuem um número mínimo de sessões e atividades, além de metas a serem atingidas. A condução do grupo terapia se utiliza tanto do enfoque psicodinâmico, de base psicanalítica, quanto de estratégias comportamentais, com a discussão sobre temas atinentes à dependência química, com a leitura da literatura dos Alcoólicos Anônimos (AA) e com exibição e debate de filmes. Os pacientes são acompanhados pela Psiquiatria e pelo Serviço Social. O tratamento, embasado nos 12 Passos e 12 Tradições dos AA, visa auxiliá-los a evitar o "primeiro gole" e a manter a sobriedade. Privilegia-se o atendimento em grupo por se acreditar que a ajuda mútua facilite a superação da adicção". (Halpern e Leite, 2012).

As fases têm por meta estimular o paciente a entrar em abstinência acompanhada, despertar a consciência de que o paciente é responsável por sua recuperação e diminuir a negação sobre sua condição de dependente. Também visa promover, após a conscientização do paciente sobre sua patologia, maior adesão ao tratamento proposto e participação das atividades do Centro visando a diminuição do absenteísmo.

A denominação de CEDEQ foi alterada em 24 de setembro de 2018 para Espaço Convivência e Cuidado⁵³. Houve uma ampliação dos atendimentos prestados anteriormente, a fim de abarcar o acompanhamento psicológico e psiquiátrico para lidar com situações de estresse, ansiedade, depressão, problemas de relacionamento, traumas não superados, dentre outros.

⁵² <https://www.aa.org.br/informacao-publica/principios-de-a-a/os-doze-passos>.

⁵³ <https://www.marinha.mil.br/saudenaval/superando-a-dependencia-quimica>.

Tal modelo de atendimento básico de saúde mental também foi copiado pelo Hospital Naval de Brasília, em 02 julho de 2014, conforme o documento de Ordem Interna 10-10A - HNBra 10-10^a, o qual estabelece o funcionamento do programa denominado de Núcleo do Centro de Dependência Química⁵⁴ e suas competências correlatas na área de atuação deste hospital, no qual é subordinado⁵⁵.

3.5 Unidade Integrada de Saúde Mental

Anteriormente a criação da Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), as atividades assistenciais em saúde mental na Marinha do Brasil eram prestadas pelo Departamento de Saúde pertencente ao Hospital Central da Marinha (HCM), desde o final de 1960 até o ano de 1982, quando houve um aumento de casos de doença mental entre os usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM). A partir do ano de 1982 as atividades passaram a responsabilidade do Departamento de Psiquiatria pertencente a estrutura do Hospital Naval Marcílio Dias, permanecendo assim até o ano de 1989. Neste ano, houve a transferência para a atual instalação⁵⁶, a qual está incrustada dentro da Floresta da Tijuca, em local ameno.

A UISM é uma Organização Militar Hospitalar (OMH) dentro do Sistema de Saúde da Marinha e foi criada pela Portaria Ministerial nº 0303, de 24 de abril de 1989, ficando subordinada diretamente a Diretoria de Saúde da Marinha. Na sua criação a UISM incorporou as atividades desenvolvidas até então pelo Departamento de Psiquiatria, no Hospital Marcílio Dias. Pela Portaria Ministerial 227, de 15 de setembro de 1998, passou a subordinação atual ao Centro Médico Assistencial da Marinha, este subordinado a Diretoria de Saúde da Marinha.

⁵⁴ <https://www.marinha.mil.br/hnbra/n-cedec>.

⁵⁵ <https://www.marinha.mil.br/hnbra/n-cedec>.

⁵⁶ Rua Marechal Serejo, 538, Bairro Pechincha, Jacarepaguá-RJ.



Figura 1

A Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) possui a competência - também denominada de missão - no âmbito do Sistema de Saúde da Marinha, na coordenação técnica e execução das atividades relacionadas a saúde mental, na área do Rio de Janeiro. Para atingir seu propósito a UISM possui as seguintes tarefas, conforme disposto em seu Regulamento (anexo B) aprovado pela Portaria 57, da Diretoria de Saúde da Marinha:

Art. 3º Para a consecução de seu propósito, cabe à UISM as seguintes tarefas: I - executar a assistência psiquiátrica ambulatorial e hospitalar no eixo da atenção especializada; II - coordenar Programa de Saúde Mental da MB; III - coordenar as atividades de Psiquiatria de Ligação; IV - executar, sob a supervisão da Escola de Saúde da Marinha (ESM), programas de Estágios e de Residências Médica e de Enfermagem na área de Saúde Mental; V - estabelecer intercâmbios com outras Instituições ligadas à área de Saúde Mental; e VI - executar atividades relacionadas com a Psiquiatria Forense.” (Regulamento da UISM, 2022).

Acordo disposto em seu Regulamento a UISM possui, além da tarefa de prestar assistência médica-psiquiátrica especializada aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha, a tarefa de Hospital-Escola. Também promove intercâmbio com demais instituições civis e militares ligadas a saúde mental, coordena o Programa de Saúde Mental desenvolvido no âmbito interno da Força e, por fim, atua nas atividades referentes à medicina forense ligada a psiquiatria quando requisitadas pelo Poder Judiciário. Para cumprir as tarefas que lhe são atribuídas, a Unidade Integrada de Saúde Mental editou seu Regimento Interno

⁵⁷ Entrada principal da Unidade Integrada de Saúde Mental, Localizada na Rua Marechal Serejo, 539, Pechincha-Jacarepaguá, Rio de Janeiro-RJ, em: <https://www.marinha.mil.br/saudenaval/unidades>.

(anexo C), o qual dispõe sobre sua organização, atribuições dos elementos constantes no organograma, força de trabalho (pessoal), deveres funcionais e outros assuntos da administração interna da Organização Hospitalar. Consigne-se que tal estrutura é organizada de forma hierárquica e verticalizada, conforme os Princípios da Hierarquia e Disciplina definidos no Estatuto dos Militares⁵⁸ e na Constituição Federal⁵⁹, porém tais Princípios não interferem na consecução da atividade fim oferecida ao usuário, pois são serviços técnicos de saúde. Para consecução dos diversos serviços a cargo da Unidade existem os Departamentos de Saúde, o qual interessa ao estudo por se tratar de atividade-fim do nosocômio e de Administração que possui a incumbência de desenvolver a atividade-meio; ressalte-se que o Serviço de Ouvidoria e o Núcleo de Segurança do Paciente ficam subordinados diretamente ao Diretor da unidade.

O Departamento de Saúde é o elemento organizacional responsável por planejar, supervisionar e executar as ações de saúde mental aos usuários do Sistema, executar funções de ensino em Saúde Mental da Marinha nos Programas de Residência Médica e de Enfermagem e Aperfeiçoamento em Psiquiatria e nos Cursos de Especialização e Aperfeiçoamento em psiquiatria para Praças Enfermeiros sob a supervisão do Hospital Marcílio Dias e da Escola de Saúde e coordenar o Programa de Saúde Mental da Marinha. Para atingir tais metas o Departamento de Saúde é dividido em Divisões responsáveis por tarefas específicas dentro das competências do Departamento e nestas Divisões em Serviços, os quais são listados a seguir acordo Regimento Interno:

1. Clínica de Psiquiatria – responsável pelas remoções dos pacientes e sua respectiva normatização, por criar e fiscalizar o cumprimento das normas para internação, alta hospitalar, licença médica, possível evasão de paciente internado, visitação aos pacientes internados, normatizar e fiscalizar o cumprimento das normas relativas aos casos de óbitos de pacientes ocorridos

⁵⁸ Art. 2º As Forças Armadas, essenciais à execução da política de segurança nacional, são constituídas pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica, e destinam-se a defender a Pátria e a garantir os poderes constituídos, a lei e a ordem. São instituições nacionais, permanentes e regulares, organizadas com base na **hierarquia e na disciplina**, (grifo nosso) sob a autoridade suprema do Presidente da República e dentro dos limites da lei.

⁵⁹ Art. 142. As Forças Armadas, constituídas pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica, são instituições nacionais permanentes e regulares, organizadas com base **na hierarquia e na disciplina**, (grifo nosso) sob a autoridade suprema do Presidente da República, e destinam-se à defesa da Pátria, à garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem.

dentro da unidade e outros assuntos correlatos. Esta Clínica também se subdivide em outros Serviços como:

1.1 Serviço de Emergência – é o serviço que presta o atendimento inicial, em nível emergencial, aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) que demandarem a unidade em sofrimento mental, também coordena as remoções de pacientes e define os critérios de internação psiquiátrica – Voluntária e Involuntária - destes usuários nas diversas unidades de internação dentro da Unidade. Cabe ressaltar que a comunicação das internações psiquiátricas involuntárias junto aos órgãos de controle se dará pela Secretaria Médica do nosocômio;

1.2 Serviço de Ambulatório – presta atendimento médico em psiquiatria e psicologia, de forma ambulatorial, aos usuários com agendamento prévio;

1.3 Unidades de Internação – dentro da UISM existem quatro unidades de internações, as quais são divididas de acordo com o sexo, grau hierárquico e comprometimento do paciente. Ficam responsáveis pelo atendimento em regime de internação;

1.4 Serviço de Psiquiatria de Ligação – realiza o apoio médico psiquiátrico semanal ao Hospital Naval Marcílio Dias e a outras Organizações Militares que necessitem de tal apoio; e

1.5 Psiquiatria Forense – realiza serviços de psiquiatria forense quando requisitados pelo Poder Judiciário ou quando necessários as atividades de Polícia Judiciária Militar;

2. Divisão de Apoio Hospitalar – responsável pela coordenação, planejamento e controle das atividades técnicas dos Serviços de Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Odontologia, Nutrição e Dietética e controle do pessoal que exerce tais atividades. Tal Divisão possui as seguintes subdivisões:

2.1 Serviço de Psicologia – promove atendimento ambulatorial de psicologia nos usuários do sistema de saúde da Marinha – público externo e interno – de forma individualizada ou em conjunto com demais serviços;

2.2 Serviço Social – participa da equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Diária (CAD) e no atendimento dos pacientes deste Centro de forma conjunta ou individualizada, bem como atende o público interno conforme disposições da

Diretoria de Assistência Social da Marinha e o público externo o acompanhando desde a consulta ambulatorial, emergência e internação;

2.3 Serviço de Odontologia - promove atendimento odontológico primário e ações preventivas de saúde bucal nos pacientes internados e no público interno;

2.4 Serviço de Nutrição e Dietética – promove assistência nutricional aos pacientes internados e público interno, bem como elabora cardápios e dieta dos refeitórios e controla os gêneros adquiridos, desde armazenamento, até sua confecção;

3. Divisão de Farmácia – administra os Serviços de Farmácia e Distribuição de Medicamentos indenizáveis. Subdivide-se em:

3.1 Serviço de Farmácia – realiza todo controle de medicamentos, desde a compra, recebimento, armazenamento, distribuição e a sua dispensa nas unidades de internação, CAD e emergência; e

3.2 Serviço de Distribuição de Medicamento – controla a dispensa de medicação a venda pelo Setor de Distribuição de Medicamentos (SEDIME) e o seu respectivo desconto, por meio de implantação dos valores em bilhete de pagamento (holerite), referente a venda de medicamento por intermédio de programa específico. Também controla a dispensa de medicamentos que fazem parte dos programas especiais (medicamentos de alto custo), os quais geram descontos mensais, assim denominados Indenização Médico Hospitalar (IMH), pois não poderão ser descontados a vista em virtude de seu alto custo, sem importar no sustento do paciente;

4. Divisão de Enfermagem – possui a competência de supervisionar os procedimentos executados pelo pessoal de enfermagem que compõe os serviços subordinados a Divisão. Tal Divisão se subdivide em:

4.1 Serviço de Assistência ao Paciente Interno – promove a assistência integral e ininterrupta ao paciente internado;

4.2 Serviço de Assistência ao Paciente Externo – promove a prevenção, proteção a saúde, diagnóstico de enfermagem e recuperação dos pacientes externos; e

4.3 Serviço de Material Médico-Cirúrgico – mantém o controle total do material médico cirúrgico adquirido e sua dispensa nas unidades de internação; e

5. Centro de Atendimento Diário (CAD) – Teve sua instalação dentro da Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), no ano de 2002, após vigência da Lei 10.216/01. Inicialmente designado Hospital Dia, teve alterado seu nome para atual denominação no ano seguinte. Presta serviço ambulatorial por equipe multidisciplinar nas áreas de enfermagem, psiquiatria, terapia ocupacional, psicologia, educação física, musicoterapia, pedagogia e assistência social aos seus usuários com a finalidade de dar autonomia aos pacientes portadores de transtornos mentais em suas atividades instrumentais diárias, tanto os atendidos de forma ambulatorial, quanto aos egressos das internações momentâneas e de longa duração, visando suas reinserções sociais em suas famílias e comunidades, assim se tornando um substituto do modelo asilar de internação.

Devido à alta demanda no serviço, houve a ampliação de suas instalações em dezembro de 2010, tendo sido acrescido a sua denominação o nome da Sra. Jutta Batista da Silva (voluntária de várias obras sociais) em homenagem a mãe do empresário Eike Batista, o qual, por meio de convênio, financiou toda a obra de ampliação.



60

Figura 2



61

Figura 3

Conforme o atual Regimento Interno o CAD possui a função de atender os usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) acometidos por transtornos mentais e suas famílias se utilizando das oficinas terapêuticas, programação e

⁶⁰ Entrada da atual instalação do CAD.

⁶¹ Placa inaugural da nova instalação.

execução de visitas domiciliares e atividades lúdicas externas, fornecimento e controle dos medicamentos prescritos aos pacientes atendidos pelo Centro e atendimento médico-psiquiátrico ao doente em conjunto com familiares. Fornece atendimento ambulatorial nos moldes do Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), onde o paciente é atendido pela equipe multiprofissional no período matutino e vespertino, recebe alimentação durante sua estadia e medicação, tanto no período de seu atendimento quanto para consumo em sua residência durante a semana, inclusive nos finais de semana, visando desenvolver a autonomia dos pacientes atendidos. Para consecução dos serviços já citados, o CAD se subdivide em:

5.1 Serviço de Atividades Instrumentais de Vida Diária e de Vida Prática – serviço composto por pessoal técnico da área de terapia ocupacional com a competência de executar e supervisionar as oficinas terapêuticas nas seguintes modalidades⁶², buscando estimular ou desenvolver, conforme o caso, a autonomia de seus assistidos nas atividades cotidianas em suas comunidades:

a) Horta Terapêutica – procura estimular a capacidade de produção, noções de técnicas de plantio, desenvolvimento do diálogo e cooperação entre os pacientes;



63

Figura 4

b) Costura – oficina que reúne tanto pacientes, quanto familiares voluntários com a finalidade de desenvolver habilidades em pequenos reparos nos vestuários dos próprios usuários do Centro e na criação de indumentárias utilizadas em eventos comemorativos e terapêuticos dos pacientes;

⁶²Informativo da UISM, ano 2021.

⁶³ Paciente em atividade na horta.

- c) Cantina Terapêutica – surgiu com a intenção de expor e vender os produtos produzidos nas diversas oficinas do CAD. Visa desenvolver no paciente a noção de responsabilidade, autonomia, controle nas finanças, gerência dos produtos e interação e comunicação com outras pessoas, todas atividades instrumentais para a vida diária;
- d) Cozinha Terapêutica – desenvolve a autonomia do doente na confecção de refeições, dando ênfase a higiene pessoal, ambiental e correta manipulação dos produtos; também procura estimular a cooperação entre os pacientes. Os produtos produzidos são vendidos na cantina terapêutica;
- e) Marcenaria e Carpintaria – busca desenvolver atividades de expressão e estímulo a construção visando combater a inatividade através do trabalho artesanal;
- f) Silk Screen/Estamparia – visa promover a criatividade, habilidades manuais e qualificação profissional dos pacientes;
- g) Reciclagem de Material – utilizam-se de diversos tipos de materiais recicláveis objetivando o estímulo a criatividade e atividades motoras, tolerância as frustrações e o desenvolvimento de uma rotina de trabalho no paciente;
- h) Saúde e Beleza – visa estimular o autocuidado e a autoestima e a reafirmar a importância dos hábitos higiene pessoal para convivência do paciente em sua rede social. Tal oficina também é um importante instrumento de observação utilizado pelo pessoal da área médica na avaliação da saúde mental do usuário;
- i) Escrita e Inclusão Digital – promove o contato do paciente com atividades ligadas as tecnologias digitais, o hábito da leitura e o aprimoramento linguístico dos usuários, inclusive por meio de produção do jornal do CAD. Procura estimular a interação entre os pacientes, por meio de conversas e debates em temas cotidianos;



64

⁶⁴ Oficina de leitura.

Figura 5

- j) Expressão Corporal – busca estimular o movimento do corpo visando combater o sedentarismo normal nos acometidos por transtornos mentais, através de exercícios físicos, com a respectiva autorização médica; e
- l) Musicoterapia – utiliza-se da música para melhorar a comunicação, redução de isolamento e organização do pensamento e bem-estar.



65

Figura 6

Além dos serviços prestados nas oficinas, promove reuniões mensais com familiares, participa da equipe multidisciplinar das visitas domiciliares e triagem dos novos usuários;

5.2 Serviço de Apoio a Saúde – composto pela equipe multidisciplinar de profissionais – enfermagem, serviço social, musicoterapia e psicologia – com a finalidade de executar os serviços técnicos de saúde que lhe são pertinentes, acordo suas habilitações;

5.3 Serviço de Atividades Físicas, Recreativas e de Lazer – a cargo de profissional de educação física, o qual possui a responsabilidade de realizar atividades de esporte e lazer em grupo, participar das reuniões multidisciplinares mensais com os familiares, programar e coordenar as atividades lúdicas externas e terapia de integração entre os pacientes; e

⁶⁵ Paciente em atividade musical.



66

Figura 7



67

Figura 8

5.4 Serviço de Atividades Educacionais – composto por profissional da pedagogia ou área correlata, o qual realiza atividades de ensino ou pedagógicas individuais ou em grupo, atividades de informática educativa e de leitura e biblioteca.

Cabe ressaltar que todos os serviços ofertados pelo CAD se encontram descritos tanto na Carta de Serviços aos Usuários⁶⁸, quanto no Manual do Paciente da UISM⁶⁹.

Conforme o organograma⁷⁰ da Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) todos os elementos organizacionais, tanto técnico de saúde como de apoio administrativo, exercem suas atividades sistematizadas conforme definido no Regimento Interno e nas respectivas Ordens Internas de seus setores, os quais são emanados pelo Diretor da Organização Hospitalar, autoridade máxima na hierarquia organizacional interna.

Todos os serviços de saúde mental prestados pela UISM, observam as políticas de saúde determinadas pela Diretoria de Saúde da Marinha, conforme o disposto na DGPM-401 e os preceitos e regras estabelecidos na Lei 10.216/01. Muito embora seja um sistema fora da ingerência da política de saúde mental da

⁶⁶ Atividade de natação em piscina da UISM.

⁶⁷ Esportes em área de lazer do CAD.

⁶⁸ https://www.marinha.mil.br/cmam/sites/www.marinha.mil.br.cmam/files/upload_file/carta-UISM.pdf.

⁶⁹ https://www.marinha.mil.br/saudenaval/sites/www.marinha.mil.br.saudenaval/files/small_Manual_UISM.pdf.

⁷⁰ https://www.marinha.mil.br/cmam/sites/www.marinha.mil.br.cmam/files/upload_file/Organograma-UISM.pdf

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) promovida pelo Ministério da Saúde no SUS, é possível notar que a política de saúde mental empreendida na Marinha do Brasil em muito se assemelha com a política empreendida pela RAPS, já descrita no item 3.2 da presente pesquisa. Apesar dessa semelhança, a RAPS não possui uma centralização efetiva de todos os seus serviços na forma de um complexo, o que de certa forma dificulta o acesso aos demais modos de tratamentos descritos na Rede. Por outro lado, podemos observar que a Unidade Integrada de Saúde Mental foi criada como um complexo, o qual além de prestar serviços de saúde mental tanto na forma ambulatorial por meio de consultas e do Centro de Atendimento Diário, ambos substitutos da internação psiquiátrica, quanto na forma de internação psiquiátrica conforme regramento da Lei 10.216/01 e nas demais artes da medicina objetivando suprir outras necessidades de saúde que o paciente possua.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo fazer um recorte histórico da saúde mental e analisar se a Política de Saúde Mental ofertada na Marinha do Brasil é desenvolvida de acordo com as regras estabelecidas pela Reforma de Saúde Mental promovida pela Lei 10.216/01, traçando um paralelo com a Política de Saúde Mental desenvolvida pelo SUS, o qual chegou a algumas conclusões.

A história da doença mental e de seu tratamento demonstraram a necessidade de uma reformulação das políticas públicas empreendidas pelos Estados baseadas no encarceramento e controle social dos doentes, encarados como indesejáveis pelas sociedades. Registros históricos de lutas isoladas buscando um melhor tratamento dispensado ao acometido de transtorno mental também foram observados, em contraponto com as políticas estatais e na pesquisa científica trouxeram, além de novas abordagens terapêuticas, novos medicamentos visando a diminuição do sofrimento mental desses doentes.

O Brasil, conforme o percurso histórico demonstrou, demorou a adotar políticas públicas de saúde mental adequadas no âmbito interno de seu território. As três primeiras reformas psiquiátricas no país foram tímidas, cabendo ressaltar que o país chegou a adotar a política do higienismo e da eugenia como controle social dos doentes mentais se alinhando aos conceitos do nazismo e a fracassada política dos Hospitais Colônias, ambas as quais, respectivamente, não respeitavam os direitos e garantias do doente e se revelavam como depósitos de doentes e demais pessoas consideradas indesejáveis pela sociedade.

A atual reforma vigente na Lei 10.216/01, fruto da atuação do pessoal de saúde e do direito internacional público e privado, entre as décadas de 60 a 90, veio a reparar o tratamento desumano dado ao doente acometido por transtorno mental, estabelecendo o tratamento ambulatorial como regra e a internação psiquiátrica como exceção, desde que os demais tratamentos se demonstrassem ineficazes, viabilizando a “quebra das correntes” de ulteriores políticas ineficientes, estabelecendo taxativamente as regras para a internação, a fim de impor controle eficaz sobre esta medida.

A partir daí, o poder público federal estabeleceu o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) como política principal no ano de 2002 e após longos anos

criou a Rede de Atenção Psicossocial em 2011, aumentando sua capacidade visando abarcar patologias e públicos distintos, bem como adotando abordagem extra-hospitalar no tratamento, mantendo vagas de internação disponíveis da Rede, apenas quando houvesse necessidade. A manutenção de tais conquistas, devido ao seu sucesso, se mostra necessária em virtude de que a institucionalização da internação demonstrou ser nociva como instrumento de controle social pelo Estado, pois ao invés da promoção da saúde os hospitais acabavam por se tornar em depósitos de pacientes considerados indesejáveis. Tal necessidade decorre, inclusive, devido ao advento da Nota Técnica 11/2019 CGMAD/DAPES/SAS/MS, de 04 de fevereiro de 2019, do Ministério da Saúde, a qual acrescentou a possibilidade de internação e uso da convulsoterapia, por aparelho de eletrochoque a RAPS e pelo financiamento de vagas hospitalares e a aquisição de aparelhos de ECT que passaram a compor a lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais, do Fundo Nacional de Saúde, os quais poderão atingir o sucesso da Reforma, a qual ocorreu após longo tempo histórico.

A política de saúde mental disponível na Marinha do Brasil, conforme seu Programa de Saúde Mental disposto no Manual DSM-2006, DGPM-401 e em outras normativas administrativas, atende ao regramento disposto na Reforma Psiquiátrica da Lei 10.216/01, pois se baseia em abordagens terapêuticas extra-hospitalares focadas em atividades de Prevenção, Promoção a Saúde e Atenção Básica, baseadas em campanhas educativas, cartilhas de saúde mental, palestras, notas educativas, consultas ambulatoriais, Espaço de Convivência e Cuidado, Núcleo de Dependência Química e pelo Centro de Atendimento Diário. Embora a política extra-hospitalar seja a regra, também existe a atenção especializada com previsão da internação psiquiátrica hospitalar, apenas nos casos de sofrimento mental em que se restarem infrutíferas outras abordagens terapêuticas, tanto na UISM (Organização Militar Hospitalar), quanto em convênios administrativos firmados pelas Organizações Militares com Facilidades Médicas (OMFM).

Para o atendimento especializado aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha do Brasil existe a Unidade Integrada de Saúde Mental, a qual além de possuir a competência da assistência médica, também é responsável por conduzir as atividades de coordenação técnica e execução das atividades

relacionadas a saúde mental na área do Rio de Janeiro. A UISM funciona como um complexo de serviços hospitalares prestados por equipe multidisciplinar. Em seu interior funciona o Centro de Atendimento Diário (CAD) Jutta Batista da Silva que presta atendimento aos pacientes visando desenvolver e estimular a autonomia dos seus usuários para o seu cotidiano junto as suas famílias a comunidades. Conforme apresentado, o CAD em muito se assemelha a política CAPS desenvolvida pela RAPS.

A Rede de Atenção Psicossocial se desenvolve como uma política integrada, embora não seja fisicamente na forma de um complexo hospitalar multidisciplinar como a política de saúde mental desenvolvida na Marinha do Brasil, na UISM. Devido à falta de um complexo, por vezes, poderá ocorrer a dificuldade no acesso a saúde daqueles pacientes que possuam transtornos mentais diversos, os quais demandem outras formas de tratamentos. Obrigatório analisar a política da RAPS sob o prisma da reforma, a qual se baseou no modelo de desospitalização do doente, porém tal ideia não poderia inviabilizar uma integração também física da Rede. Surge, a partir desta ideia uma necessidade de estudos, treinamento do pessoal e financiamento para integração física na Rede, como o modelo adotada na Unidade Integrada de Saúde Mental, para maior amplitude no acesso a saúde dos doentes pela RAPS e conseqüentemente obstar possíveis absenteísmos.

Por fim, conclui-se que a política de saúde mental desenvolvida pela Marinha do Brasil, disposta tanto na DGPM-401, Manual DSM-2006 e demais instrumentos normativos das Organizações Hospitalares do Sistema de Saúde da Marinha para o atendimento de seus usuários, pode ser encarada como consentânea com o modelo de política de saúde mental disposto na Reforma Psiquiátrica promovida pela Lei 10.216/01.

REFERÊNCIAS:

ALEXY, Robert, **Teoria dos Direitos Fundamentais**, 2008, Malheiros, São Paulo, disponível em: <http://noosfero.ucsal.br/articles/0010/3657/alexey-robert-teoria-dos-direitos-fundamentais.pdf>, acesso em 04/04/2023;

AITH, Fernando Mussa Abujanra, **Manual de Direito Sanitário com Enfoque a Vigilância em Saúde**, CONASEMS, 1ª Edição, 2019, publicado em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1102469/manual-de-direito-sanitario-1.pdf>, consulta em 01/09/2022;

ARBEX, Daniela, **Holocausto Brasileiro**, Rio de Janeiro: Intrínseca, 1ª edição, 2019;

BASAGLIA, Franco, **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**, Rio de Janeiro, Ed. Garamond Universitária, 2010;

BRASIL, <http://www.psiquiatriageral.com.br/legislacao/INPS.pdf>, consulta em 31/03/2022;

BRASIL, <https://www2.camara.leg.br/legin/fed>, consulta entre 18/08 e 06/12/2022;

BRASIL, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm, consulta em 30/08/2022;

BRASIL, <https://www.marinha.mil.br/hnbra/n-cedec>, consulta em: 02/11/2022;

BRASIL, <https://www.marinha.mil.br/saudenaval/ecc>, consulta em: 02/11/2022;

BRASIL, <https://brasilecola.uol.com.br/historiab/era-vargas.html>, consulta em 24/08/2022;

BRASIL, **Informativo da Unidade Integrada de Saúde Mental**, ano 2021, UISM, Rio de Janeiro;

BRASIL, **Manual de Programas de Saúde da Marinha DSM-2006**, Diretoria de Saúde da Marinha, ano 2021, Rio de Janeiro;

BRASIL, **Normas Para Assistência Médico-Hospitalar na Marinha - DGPM-401**, Rio de Janeiro, ano 2012, <https://www.marinha.mil.br/dsm/dgpm-publicacoes>, consulta em: 02/11/2022;

BRASIL, **Ordem Interna 10-10A - HNBra 10-10ª**, Hospital Naval de Brasília, 2014;

BRASIL, **Regimento Interno da Unidade Integrada de Saúde Mental**, ano 2022, UISM, Rio de Janeiro;

BRASIL, <http://www.stf.jus.br>, consulta em: 12/04/2023;

COMPARATO, Fábio Konder, **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**, 11ª Edição, 2017, SaraivaJur;

COSTA, Jurandir Freire, **História da Psiquiatria no Brasil**, Rio de Janeiro, Ed. Garamond Universitária, 5ª edição, 2006;

DUARTE, Maristela Nascimento, **De “Ares e Luzes” a “Inferno Humano” Concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979**, tese de Doutorado, UFF, 2009, CDD 616.8900981, consulta em 31/03/2022;

FILHO, Antônio Carlos Santoro e JACOB, Verlu Castellano, **Direito e Saúde Mental**, São Paulo: Verlu editora, 2ª edição revisada, 2019;

FOCAULT, Michel **A História da Loucura (estudos)**, São Paulo: Perspectiva, 12ª Edição. 2019;

HALPERN e LEITE, Elizabeth Espindola e Ligia Maria Costa, **Representações de adoecimento e cura de pacientes do Centro de Dependência Química do Hospital Central da Marinha**, <https://www.scielo.br/j/csc/a/CLbfkzLFhMcg6GyFTKmp6yS/?lang=pt>, consulta em: 04/11/2022;

HALPERN, FERREIRA e FILHO, Elizabeth Espindola, Salete Maria Barros e João Ferreira da Silva, **Os efeitos das situações de trabalho na construção do alcoolismo de pacientes militares da marinha do Brasil**, em <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25785/27518>, consulta em: 05/11/2022;

JUNQUEIRA, Gustavo e VANZOLINI, Patrícia, **Manual de Direito Penal**, Editora Saraiva, SP, 2013;

LAMY, ROLDAN e HALM, Marcelo, Rosilma, Milton Marcelo, **O Direito à Saúde Como Direito Humano e Fundamental**, consulta em: 04/04/2023;

LEME, Renata Salgado, **Direito e Saúde Mental**, (Org.) Paraná: Juruá, 1ª edição, 2021.

LIEBERMAN, Jeffrey A. e OGAS, Oggi, **Psiquiatria Uma História Não Contada**, São Paulo: WMF Martins Fontes, 1ª Edição e 2ª Tiragem, 2019;

MORAES, Alexandre de, **Direito Constitucional**, 28ª edição, Atlas, São Paulo, 2012;

MÜLLER, Águeda, **Estudios acerca del Derecho de la Salud**, Cap. 2, la salud, um derecho humano el derecho de la salud e los derechos humanos, 2014, Ed. Fondo Editorial de Derecho Y Economía (FEDYE);

MUSSE, Luciana Barbosa, **Novos Sujeitos de Direito**, Rio de Janeiro: Elsevier/Campus Jurídico, Coleção Biodireito, 2008;

OLIVEIRA, Danilo, SOUZA, Luciano Pereira de e LAMY, Marcelo, **Violação das Obrigações Estatais na Área da Saúde: A Diferença Entre as Obrigações Mínimas e as Esperadas**, Caderno de Relações Internacionais, vol. 7, nº 13, ago-dez. 2016, Pág. 297;

SARLET, Ingo Wolfgang, **A Eficácia dos Direitos Fundamentais Uma Teoria dos Direitos Fundamentais na Perspectiva Constitucional**, 2012, 11ª ed., Livraria do Advogado, disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2516664&forceview=1>, consulta em 04/04/2023;

Site: <https://brasil.un.org/pt-br/91220-carta-das-nacoes-unidas>, consulta em 24/08/2022;

Site: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>, consulta em 24/08/2022;

Site: https://sbmn.org.br/wp-content/uploads/2019/11/0_Guideline-SPECT-cerebral_FINAL.pdf, consulta em 24/08/2022

Site: <https://www.cchr.pt/about-us/what-is-cchr.html>, consulta em 30/08/2022;

Site: <https://www.dicio.com.br/organicismo>, consulta em 03/01/2023;

Site: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gedpe/documentos/arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>, consulta em 24/08/2023;

Site: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>, consulta em: 04/04/2023.

ANEXO A – Manual DSM-2006 (excerto Programa de Saúde Mental)

Capítulo 9 - PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

9.1 -DEFINIÇÃO

O programa de Saúde Mental busca definir estratégias, focando-se na prevenção primária, a fim de evitar a ocorrência de novos casos de usuários de substâncias psicoativas, considerando o perfil dos militares da Marinha, que iniciam carreira militar em Centros de Instrução e Adestramento, e estão na faixa etária de maior risco de início e intensificação do consumo de substâncias psicoativas. Além disso, visa ainda ao aprimoramento das intervenções na prevenção e tratamento de agravos à saúde física e mental dos usuários de substâncias químicas atendidos em nossos núcleos de tratamento específicos para dependência química, bem como nas unidades hospitalares, quando indicado.

9.2 – DIAGNÓSTICO

O diagnóstico dos transtornos mentais é realizado durante o acolhimento do usuário nos centros de referência do SSM, com base na observação clínica de um conjunto de sinais e sintomas apresentados por estes em um determinado período, e baseia-se na identificação de um padrão patológico dos comportamentos, a partir de critérios estabelecidos pelo Código Internacional de Doenças (CID-10), em que esses usuários continuam a usar uma substância apesar de experimentarem problemas significativos relacionados ao uso. A avaliação clínica é soberana em quase todos os transtornos psiquiátricos. No entanto, qualquer médico pode suspeitar do uso nocivo ou de dependência de álcool através de exames laboratoriais, como, por exemplo, elevação de Gama GT (intoxicação hepática aguda), desnutrição (cabelos em lanugem, redução de pelos periféricos, assim como de massa muscular) e pletora facial. Alguns grupos são mais suscetíveis: indivíduos entre 18 e 25 anos, aqueles que realizem trabalhos sob forte pressão emocional e privação de sono ou isolamento social e aqueles que tenham sofrido estresse emocional recente (divórcio, tragédias ambientais, vivência recente de situação real de guerra).

9.3 - POPULAÇÃO ALVO

Todos os usuários do SSM, em especial os militares da ativa.

9.4 - CAPTAÇÃO E CADASTRAMENTO

A captação e cadastramento deverão ser feitos durante as consultas médicas e de enfermagem, por meio de campanha de promoção de saúde, utilizando-se o anexo A.

9.5 - NÍVEIS DE ATENÇÃO

9.5.1 - Atenção Básica

Envolve a detecção precoce de sinais e sintomas, o diagnóstico preciso e o tratamento ambulatorial dos transtornos mentais. Preferencialmente, este nível de atenção assistirá aos usuários que não necessitem de internação e que se beneficiem de tratamento farmacológico adequado e, também, de psicoterapia breve, focal e de baixo custo, sem a utilização de exames complementares complexos e onerosos, devendo ser executado de forma descentralizada. Este nível de atenção concentra a maior parte dos usuários do SSM. Deve buscar ainda a detecção precoce do uso abusivo de substâncias psicoativas, orientações quanto aos riscos decorrentes do seu uso e o encaminhamento dos casos aos Núcleos de tratamento especializado de dependência química.

9.5.1.1 – Ações preventivas

O responsável pela execução do programa deve realizar as seguintes ações:

- a) Campanhas educativas mensais sobre temas relacionados à Dependência Química e para orientação e esclarecimentos com vistas à identificação de sinais e sintomas relacionados aos transtornos mentais de forma a prevenir seus agravos;
- b) Promover palestras mensais sobre temas relacionados à Dependência Química e afetos aos sinais e sintomas que possam estar relacionados ao desequilíbrio da saúde mental com vistas à prevenção da doença;
- c) Capacitação semestral dos profissionais de saúde com relação aos assuntos

relativos aos transtornos mentais sejam ou não decorrentes do uso de substâncias psicoativas, com a finalidade de qualificá-los para a execução de ações preventivas e para a identificação e encaminhamento adequado dos casos à assistência especializada;

d) Divulgação de notas educativas, informativas e preventivas sobre dependência química e sobre a importância do apoio especializado como forma de mitigar o agravo das doenças mentais; e

e) Campanhas de prevenção, para tripulação e nas salas de espera dos consultórios, considerando as datas comemorativas do calendário de saúde, enviado pelo Departamento de Saúde do CMAM.

9.5.2 - Atenção especializada

a) Na área do 1º DN

I) O Espaço Consciência e Cuidado (ECC) do Hospital Central da Marinha (HCM) é responsável pelo acolhimento; avaliação e tratamento psicológico e psiquiátrico dos usuários dependentes de substâncias químicas, lícitas (álcool e fumo) ou ilícitas;

II) O Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) é responsável pelo atendimento clínico emergencial, dos usuários que se encontram em intoxicação ou abstinência pelo uso de substâncias psicoativas; e

III) A Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM) é responsável pelos casos que necessitem de internação psiquiátrica, por curto período, devido a risco de suicídio, heteroagressividade, uso compulsivo e sintomas psicóticos associados ao uso das substâncias psicoativas.

b) Nos demais DN

Cabe aos Hospitais Distritais, a Policlínica Naval de Manaus, a Policlínica Naval de Rio Grande e ao Departamento de Saúde do 8º DN, nos casos em que haja necessidade de internação, a prestação de assistência psiquiátrica aos usuários do SSM na sua respectiva área de abrangência. Para o cumprimento desta missão, pode ser necessário o credenciamento de OSE, sobre as quais exercerão supervisão técnica. Deve ser avaliada, criteriosamente, a relação custo/benefício de eventuais evacuações aeromédicas de usuários psiquiátricos com destino à UISM, uma vez que as internações psiquiátricas se dão por período limitado e o ônus com passagens pode superar o custo de uma internação em OSE por curto período.

9.6 - INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores de saúde são instrumentos de medida de desempenho e de controle da eficiência da aplicação do Programa. São eles:

- a) Percentual de pacientes diagnosticados com Dependência Química; Meta: Reduzir em 5%, ao ano, o número de casos de Dependência Química;
- b) Percentual de pacientes com diagnóstico precoce de Dependência Química. Meta: aumentar em 5%, ao ano, nas primeiras consultas, o diagnóstico precoce de Dependência Química;
- c) Percentual de pacientes diagnosticados com outros Transtornos Psiquiátricos; Meta: aumentar em 5%, ao ano, nas primeiras consultas, o diagnóstico precoce dos transtornos psiquiátricos;
- d) Percentual de internações devido ao uso de substâncias psicoativas; Meta: Diminuir em 5 % ao ano o número de internações a cada mês e garantir internações de curto prazo, com média de 15 dias, e seguimento do tratamento no Espaço Consciência e Cuidado, do Hospital Central da Marinha/CEDEC;
- e) Percentual de reinternações na OM devido à intoxicação aguda por uso de substâncias psicoativas. Meta: Diminuir em mensalmente em 5 % ao ano número de reinternações e garantir internações de curtíssimo prazo entre 03 a 07 dias e seguimento do tratamento no Espaço de Consciência e Cuidado do Hospital Central da Marinha/CEDEC;
- f) Percentual de reinternação na OM devido à abstinência de substâncias psicoativas. Meta: Aumentar mensalmente em 5 % ao ano o número de internações de curto prazo com média de 15 dias e seguimento do tratamento no Espaço Consciência e Cuidado do Hospital Central da Marinha.
- g) Percentual de reinternações em OSE devido à intoxicação aguda por uso de substâncias psicoativas. Meta: Aumentar em 5 % o nº de internações de curtíssimo prazo entre 03 a 07 dias e seguimento do tratamento especializado em OSE credenciada;
- h) Percentual de reinternação em OSE devido à abstinência de substâncias psicoativas. Meta: Aumentar em 5 % o nº de internações com média de 15 dias e seguimento do tratamento especializado em OSE credenciada;
- i) Percentual de altas de internação na OM. Metas: aumentar em 5% o número

de altas a cada mês e garantir tratamento ambulatorial especializado no Espaço Consciência e Cuidado e de outros transtornos mentais na Unidade Integrada de Saúde Mental;

j) Percentual de altas da internação em OSE. Metas: Aumentar em 5 % o número de altas a cada mês, de usuários internados em OSE credenciada;

k) Percentual de transferências para UISM relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Objetivo: Monitorar número de transferência a cada mês e garantir contato prévio das OM com a UISM para seguimento do tratamento; e

l) Percentual de militares em LTSP e/ou restrições de saúde inscritos no Programa.

9.7 – ESTATÍSTICA

Os dados estatísticos (Anexo Q) deverão ser preenchidos pelos Executores dos PSM, conforme preconizado na subalínea III alínea g do inciso 1.4.2 deste Manual.

9.8 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

OM executoras dos PSM:

a) Realizar mensalmente orientações, com ênfase na detecção precoce de sinais e sintomas, no tratamento e nos problemas e riscos relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas, através de palestras multiprofissionais mensais, e ações semanais em salas de espera;

b) Realizar mensalmente, distribuição de folders explicativos e exposição de banners;

c) Estimular a marcação de consulta, para realizar um rastreamento preventivo dos problemas relacionados; e

d) Realizar captação de usuários e encaminhamentos para atenção especializada, descrita no item 9.5.2, conforme necessidade e serviço disponível para a área da OM.

Nas demais OM:

Nas OM que não são de saúde, os PSM podem ser executados por profissional de saúde, de qualquer especialidade, junto à tripulação, através das ações de promoção de saúde descritas, por meio de palestras educativas mensais, voltadas para prevenção e divulgação dos programas e serviços

existentes na área da OM, e para o tratamento e controle da dependência química.

ANEXO B - Regulamento da Unidade Integrada de Saúde Mental (Portaria 57/2022, da Diretoria de Saúde da Marinha

CAPÍTULO I

Do Histórico

Art. 1º A Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, foi criada pela Portaria Ministerial nº 0303, de 24 de abril de 1989, incorporando as atividades de assistência em saúde mental, anteriormente desenvolvidas por ela própria, como um Departamento pertencente à estrutura orgânica do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD). Suas atividades foram regulamentadas pelas Portarias nº 0019, de 22 de maio de 1989, nº 0015, de 20 de abril de 1992, e nº 0387, de 18 de setembro de 1998, todas do Chefe do Estado-Maior da Armada (CEMA). Com a publicação da Portaria Ministerial nº 227, de 15 de setembro de 1998, a UISM passou à subordinação do Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM) e teve suas atividades regulamentadas pelas Portarias nº 0365, de 30 de setembro de 1998, e nº 143, de 29 de setembro de 2006, ambas do Diretor-Geral do Pessoal da Marinha. Com a publicação da Portaria nº 145, de 19 de novembro de 2009, do Diretor-Geral do Pessoal da Marinha, houve subdelegação de competência ao Diretor de Saúde da Marinha (DSM) para aprovar os regulamentos das OM subordinadas. A partir de então, teve suas atividades regulamentadas pela Portaria nº 251, de 31 de agosto de 2011, quando, então, foi revogada a Portaria nº 143, de 29 de setembro de 2006, do Diretor-Geral do Pessoal da Marinha, pela Portaria nº 84, de 22 de setembro de 2011, da DSM. Revogada a Portaria nº 251, de 31 de agosto de 2011, passou a ter suas atividades e organização estruturadas pelo Regulamento, aprovado pela Portaria nº 282, de 12 de julho de 2019, que foi revogada com a publicação da Portaria nº 57 de fevereiro de 2022, que aprova o presente Regulamento, ambas do Diretor de Saúde da Marinha.

CAPÍTULO II

Da Missão

Art. 2º A UISM tem o propósito de coordenar tecnicamente e executar as ações e atividades relacionadas à Saúde Mental na área do Rio de Janeiro, contribuindo, assim, para a eficácia do Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

Art. 3º Para a consecução de seu propósito, cabe à UISM as seguintes tarefas:

I - executar a assistência psiquiátrica ambulatorial e hospitalar no eixo da atenção especializada;

II - coordenar Programa de Saúde Mental da MB;

III - coordenar as atividades de Psiquiatria de Ligação;

IV - executar, sob a supervisão da Escola de Saúde da Marinha (ESM), programas de Estágios e de Residências Médica e de Enfermagem na área de Saúde Mental;

V - estabelecer intercâmbios com outras Instituições ligadas à área de Saúde Mental; e

VI - Executar atividades relacionadas com a Psiquiatria Forense.

Art. 4º Em situação de mobilização, conflitos, Estado de Defesa, Estado de Sítio, Intervenção Federal e em regimes especiais, cabem a UISM as tarefas que lhe forem atribuídas pelas Normas e Diretrizes referentes à Mobilização Marítima e às emanadas da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM).

CAPÍTULO III

Da Organização

Art. 5º A UISM é subordinada ao Centro Médico Assistencial da Marinha.

Art. 6º A UISM tem como titular um Diretor (UISM-01), auxiliado por um Vice-Diretor (UISM-02).

§ 1º O Diretor dispõe de um Serviço de Ouvidoria (UISM-01.1), de um Núcleo de Segurança do Paciente (UISM-01.2) e é assessorado por um Conselho de Gestão.

§ 2º Ao Vice-Diretor (UISM-02) estão diretamente subordinados a Secretaria e Comunicações (UISM-09), o Departamento de Saúde (UISM-10) e o Departamento de Administração (UISM-20).

Art. 7º O Organograma, que constitui o Apêndice deste Regulamento, detalha a estrutura organizacional.

CAPÍTULO IV

Das Atribuições dos Elementos Componentes

Art. 8º Ao Vice-Diretor (UISM-02) cabem as seguintes tarefas básicas:

- I - conduzir os trabalhos pertinentes à sua esfera de responsabilidade;
- II - prover os atos administrativos que consubstanciem as decisões do Diretor;
- III - administrar entendimentos externos que lhes forem autorizados pelo Diretor;
- e
- IV - coordenar as tarefas dos elementos organizacionais diretamente subordinados.

Art. 9º Ao Serviço de Ouvidoria (UISM-01.1) compete, especificamente:

- I - representar as demandas da comunidade usuária, bem como da clientela interna, buscando soluções para os problemas apresentados; e
- II - gerar informações úteis para o processo de aprimoramento contínuo do SSM.

Art. 10. Ao Núcleo de Segurança do Paciente (UISM-01.2) compete, especificamente:

- I - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde, com o objetivo de aprimorar a Gestão de Riscos;
- II - identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados com o objetivo de elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado um Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- e
- III - responsabilizar-se pela implantação dos Protocolos de Segurança.

Art. 11. Ao Serviço de Secretaria e Comunicações (UISM-09) compete executar as atividades administrativas e técnicas inerentes aos serviços de Secretaria e Comunicações.

Art. 12. Ao Conselho de Gestão compete assessorar o Diretor nos assuntos econômicos, financeiros, administrativos e técnicos da OM, bem como em quaisquer outros assuntos relevantes que venham a impactar na gestão da OM.

Art. 13. Cabe aos Departamentos as seguintes tarefas básicas:

- I - conduzir os trabalhos pertinentes à sua esfera de responsabilidade; e
- II - participar dos trabalhos atribuídos à UISM, de acordo com as diretrizes do Diretor, elaborando os planos e os documentos necessários.

Art. 14. Ao Departamento de Saúde (UISM-10) compete especificamente:

- I - planejar, supervisionar, executar as atividades relacionadas à saúde mental na UISM, prover a sua segurança, a assistência integrada e desenvolver aspectos de Qualidade em Saúde na gestão da OM;
- II - executar os programas de ensino na área de Saúde Mental; e III - coordenar o Programa de Saúde Mental da MB.

Art. 15. Ao Departamento de Administração (UISM-20) compete especificamente prover o apoio necessário às atividades administrativas da UISM;

I - planejar e supervisionar as atividades de segurança orgânica da UISM; e

II - assessorar o Diretor nos assuntos administrativos e econômico-financeiros da UISM.

CAPÍTULO V

Do Pessoal

Art. 16. A UISM deverá dispor do seguinte pessoal:

I - um Capitão de Mar e Guerra, da ativa, do Corpo de Saúde da Marinha, do Quadro de Médicos - Diretor;

II - dois Capitães de Fragata, da ativa, do Corpo de Saúde da Marinha, do Quadro de Médicos - Vice-Diretor e Chefe do Departamento de Saúde;

III - um Capitão de Fragata, da Reserva Remunerada da Marinha, do Corpo Auxiliar da Marinha, do Quadro Auxiliar da Armada, exercendo Tarefa por Tempo Certo - Chefe do Departamento de Administração;

IV - um Capitão de Corveta, da ativa, do Corpo Auxiliar da Marinha, do Quadro Técnico – Ouvidor;

V - um Capitão de Corveta, da Reserva Remunerada da Marinha, do Corpo Auxiliar da Marinha, do Quadro Auxiliar da Armada, exercendo Tarefa por Tempo Certo - Enc. da Secretaria e Comunicações;

VI - um Capitão-Tenente, da ativa, do Corpo de Saúde da Marinha, do Quadro de Apoio à Saúde - Chefe do Núcleo de Segurança do Paciente; e

VII - militares, dos diversos Corpos e Quadros, e servidores civis distribuídos pelo Setor de Distribuição de Pessoal (SDP), constantes na Tabela Mestra da Força de Trabalho (TMFT).

CAPÍTULO VI

Das Disposições Transitórias

Art. 17. O Diretor da UISM, aprovará, no prazo de noventa dias, o Regimento Interno que apresentará o detalhamento deste Regulamento.

ANEXO C – Regimento Interno da Unidade Integrada de Saúde Mental

CAPÍTULO I

Da Organização

Art. 1º A estrutura organizacional básica da Unidade Integrada de Saúde Mental - UISM, contida no seu Regulamento, tem seu detalhamento especificado nos demais artigos deste capítulo e está sintetizada no organograma que constitui o Anexo A do presente Regimento Interno.

Art. 2º A UISM tem como titular um Diretor (UISM-01), auxiliado por um Vice-Diretor (UISM-02) e assessorado por um Conselho de Gestão (UISM-03).

§ 1º Os Serviços a cargo da UISM são realizados por meio de dois Departamentos, a saber:

I - Departamento de Saúde (UISM-10); e

III - Departamento de Administração (UISM-20).

§ 2º Subordinado diretamente ao Diretor está o Serviço de Ouvidoria (UISM-01.1) e o Núcleo de Segurança do Paciente (UISM-01.2).

§ 3º Subordinados diretamente ao Vice-Diretor estão o Médico da Tripulação (UISM-02.1) e a Secretaria de Comunicações (UISM-09).

Art. 3º O Conselho de Gestão é constituído pelo Diretor (Presidente), Vice-Diretor (Agente Fiscal), Chefes dos Departamentos de Saúde e Administração, Presidente da Comissão para Autoavaliação, Plano de Melhoria de Gestão e Planejamento Estratégico, Presidente da Comissão do Programa Netuno, Chefe da Clínica de Psiquiatria, Encarregado da Divisão de Enfermagem, Encarregado do Centro de Atenção Diária (CAD), Agente Financeiro, Patrimonial e de Pagamento, Gestores de Municciamento, Relatores e Secretário.

Art. 4º O Departamento de Saúde, sob a direção do respectivo Chefe, é constituído pelos seguintes Setores:

I - Clínica de Psiquiatria (UISM-11);

II - Divisão de Apoio Hospitalar (UISM-12);

III - Divisão de Farmácia (UISM-13);

IV - Divisão de Enfermagem (UISM-14); e

V - Centro de Atenção Diária - CAD (UISM-15).

§ Único - Subordinados diretamente ao Chefe de Departamento de Saúde encontram-se o Médico Perito Isolado (UISM-10.0.1), o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME (UISM-10.1) a Secretaria Médica (UISM-10.2) e a Divisão de Ensino e Pesquisa (UISM-10.3).

Art. 5º A Clínica de Psiquiatria (UISM-11), sob a direção do respectivo Encarregado, é constituída pelos seguintes Serviços:

- I - Serviço de Emergência (UISM-11.1);
- II - Ambulatório (UISM-11.2);
- III - Unidade de Internação I (UISM-11.3);
- IV - Unidade de Internação II - Feminina (UISM-11.4);
- V - Unidade de Internação II - Masculina (UISM-11.5);
- VI - Unidade de Internação III (UISM-11.6);
- VII - Psiquiatria de Ligação (UISM-11.7);
- VIII - Seção de Ensino Médico (UISM-11.8); e
- IX - Psiquiatria Forense (UISM-11.9).

Art. 6º A Divisão de Apoio Hospitalar (UISM-12), sob a direção do respectivo Encarregado, é constituída pelas seguintes Seções:

- I - Seção de Psicologia (UISM-12.1);
- II – Seção de Serviço Social (UISM-12.2);
- III - Seção de Odontologia (UISM-12.3); e
- IV - Seção de Nutrição e Dietética (UISM-12.4).

Art. 7º A Divisão de Farmácia (UISM-13), sob a direção do respectivo Encarregado, é constituída pelas seguintes Seções:

- I - Seção de Farmácia (UISM-13.1); e
- II - Seção de Distribuição de Medicamentos (UISM-13.2).

Art. 8º A Divisão de Enfermagem (UISM-14), sob a direção do respectivo Encarregado, é constituída pelas seguintes Seções:

- I - Seção de Assistência ao Paciente Interno (UISM-14.1);
- II - Seção de Assistência ao Paciente Externo (UISM-14.2); e
- III - Seção de Material Médico-Cirúrgico (UISM-14.4).

Art. 9º. O Centro de Atenção Diária - CAD - (UISM-15), sob a direção do respectivo Encarregado, é constituído pelas seguintes Seções:

- I - Seção de Atividades Instrumentais de Vida Diária e de Vida Prática (UISM-15.1);
- II - Seção de Apoio à Saúde (UISM-15-2);
- III - Seção de Atividades Físicas, Recreativas e de Lazer (UISM-15-3); e
- IV - Seção de Atividades Educacionais (UISM-15-4).

Art. 10. O Departamento de Administração (UISM-20), sob a direção do seu respectivo Chefe, é constituído pelas seguintes Divisões:

I - Divisão de Pessoal (UISM-21);

II - Divisão de Serviços Gerais (UISM-22); e

III - Divisão de Intendência (UISM-23).

§ Único - Subordinado diretamente ao Chefe de Departamento de Administração encontra-se o Centro de Processamento de Dados (UISM-20.1).

Art. 11. A Divisão de Pessoal (UISM-21), sob a direção do respectivo Encarregado, é constituída pelas seguintes Seções:

I - Seção de Pessoal Militar (UISM-21.1.0.1); e

II - Seção de Pessoal Civil (UISM-21.2.0.1).

Art. 12. A Divisão de Serviços Gerais, sob a direção do respectivo Encarregado, é constituída pelas seguintes Seções:

I - Seção de Transporte (UISM-22.1.0.1);

II - Seção de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde (UISM-22.2.0.1);

III - Seção de Manutenção Predial (UISM-22.3.0.1); e

IV - Omitido. *

Art. 13. A Divisão de Intendência (UISM-23), sob a direção do respectivo Encarregado, é constituída pelas seguintes Seções:

I - Seção de Execução Financeira (UISM-23.1.0.1);

II - Seção de Pagamento (UISM-23.2.0.1);

III - Seção de Material (UISM-23.3.0.1);

IV - Seção de Obtenção (UISM-23.5);

V - Seção de Licitações e Contratos (UISM -23.5.0.1); e

VI - Seção de Municciamento (UISM-23.6).

CAPÍTULO II

Das Atribuições dos Elementos Componentes

Art. 14. À Ouvidoria (UISM-01.1) compete, especificamente:

I - representar as demandas da comunidade usuária, bem como da clientela interna, buscando soluções para problemas apresentados; e

II - gerar informações úteis para os processos de aprimoramento contínuo do Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

Art. 15. Ao Núcleo de Segurança do Paciente (UISM-01.2) compete, especificamente:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

X - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII - manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Art. 16. Ao Conselho de Gestão compete assessorar o Diretor nos assuntos econômicos, financeiros, administrativos e técnicos da OM, bem como, em quaisquer outros assuntos relevantes que venham a impactar na gestão da OM.

Art. 17. Omitido. *

Art. 18. Cabem aos Departamentos as seguintes tarefas básicas:

I - conduzir os trabalhos pertinentes a sua esfera de responsabilidade; e

II - participar dos trabalhos atribuídos à UISM, de acordo com as diretrizes do Diretor, elaborando os planos e documentos necessários.

Art. 19. Ao Departamento de Saúde (UISM-10) compete, especificamente:

I - planejar, supervisionar e executar as atividades relacionadas à saúde mental na UISM;

- II - executar os programas de ensino na área de Saúde Mental; e
- III - coordenar o Programa de Saúde da Marinha do Brasil.

Art. 20. Ao Médico Perito Isolado - MPI (UISM-10.0.1) compete, especificamente, realizar inspeções de saúde de competência do MPI da tripulação, conforme as normas da DGPM-406 (8ª Revisão).

Art. 21. Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME (UISM-10.1) compete, especificamente:

- I - receber e encaminhar os pacientes que buscam atendimento na área de saúde mental;
- II - verificar o direito à Assistência Médico-Hospitalar pelo SSM;
- III - agendar consultas novas e de retomo; e
- IV - coletar, armazenar, processar e distribuir dados estatísticos referentes à prestação da assistência em saúde mental e encaminhá-los para o Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM) e Diretoria de Saúde da Marinha (DSM).

Art. 22. À Secretaria do Departamento de Saúde (UISM-10.2) compete assessorar o Chefe do Departamento de Saúde no que compete, especificamente, preparar ofícios, pareceres, atestados, certidões, cópias de prontuários, relatórios periciais, laudos e informações médicas para os fins a que se destinam.

Art. 23. À Divisão de Ensino e Pesquisa (UISM-10.3) compete, especificamente:

- I - gerenciar, sob a supervisão técnica do Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) e Escola de Saúde da Marinha (ESM) , os programas de Residência Médica e Aperfeiçoamento em Psiquiatria, bem como os programas de Residência e Aperfeiçoamento em Enfermagem Psiquiátrica e os Programas de Aperfeiçoamento e Especialização para Praças da especialidade de Enfermagem, na área de Saúde Mental;
- II – supervisionar e estimular a participação de profissionais da UISM em conclave nacionais e internacionais da especialidade;
- III - supervisionar a produção e publicação de artigos científicos em periódicos especializados;
- IV - propor a participação de profissionais da UISM em cursos extraordinários no País e no Exterior, de acordo com as conveniências da Instituição;
- V - promover o intercâmbio com Instituições de referência, militares e civis, nas áreas de Psiquiatria e Saúde Mental, no País e no Exterior;

VI - elaborar e atualizar currículos; e

VII - promover a participação de residentes e aperfeiçoando em conclaves da especialidade.

Art. 24. À Clínica de Psiquiatria (UISM-11) compete, especificamente:

I - elaborar as normas para a remoção de pacientes psiquiátricos;

II - elaborar e fiscalizar o cumprimento das normas para o procedimento de internação, alta, licença e evasão de pacientes psiquiátricos;

III - normatizar e fiscalizar a visitação geral aos pacientes internados nos diversos setores da UISM;

IV - elaborar as normas e os procedimentos em casos de óbitos ocorridos na UISM; e

V - fiscalizar o andamento dos diversos serviços subordinados à Clínica de Psiquiatria.

Art. 25. Ao Serviço de Emergência (UISM-11.1) compete, especificamente:

I - promover o atendimento emergencial aos usuários do SSM;

II - definir critérios para a internação dos usuários nas Unidades de Internação; e

III - coordenar a remoção de pacientes de acordo com os procedimentos padronizados.

Art. 26. Ao Ambulatório (UISM-11.2) compete, especificamente:

I - promover o atendimento em regime ambulatorial, nas áreas de Psiquiatria e Psicologia, aos usuários do Sistema de Saúde da Marinha; e

II - executar as normas referentes ao atendimento em regime ambulatorial.

Art. 27. As Unidades de Internações I (UISM-11.3), IIF (UISM-11.4), IIM (UISM-11.5) e III (UISM-11.6) competem, especificamente:

I - promover o atendimento em regime de internação aos pacientes das diversas Unidades de Internações; e

II - executar as normas referentes ao atendimento em regime de internação.

Art. 28. Ao Serviço de Psiquiatria de Ligação (UISM-11.7) compete, especificamente:

I - realizar, com a frequência semanal, apoio médico psiquiátrico ao Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD); e

II - promover apoio médico-psiquiátrico a outras OM de Saúde, quando solicitado.

Art. 29. À Psiquiatria Forense (UISM-11.9) compete, especificamente, promover apoio médico-pericial solicitado pela Justiça (Auditorias Militares e Varas Federais) e por Encarregados de Sindicâncias, Inquéritos e Conselhos de Justificação e Disciplina.

Art. 30. À Divisão de Apoio Hospitalar (UISM-12) compete, especificamente:

- I - planejar, coordenar e controlar as atividades técnicas nas áreas de Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Odontologia, Nutrição e Dietética;
- II - coordenar a distribuição do pessoal pelos diversos setores de atividades da Divisão; e
- III - supervisionar o material das seções subordinadas.

Art. 31. À Seção de Psicologia (UISM-12.1) compete, especificamente:

- I - promover o atendimento psicológico aos usuários do SSM;
- II - atuar de forma integrada com as demais divisões e seções da OM, no atendimento aos usuários;
- III - zelar pela atuação e treinamento do pessoal para garantir a eficiência do trabalho; e
- IV - manter intercâmbio com outras OM e entidades técnico-profissionais para constante atualização do estado da arte.

Art. 32. A Seção de Serviço Social (UISM-12.2) compete, especificamente:

- I - participar da equipe interdisciplinar no atendimento aos pacientes do Centro de Atenção Diária (CAD);
- II - atender os militares e servidores civis da UISM, de acordo com os Programas Sociais da Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM);
- III - realizar o acompanhamento dos familiares e dos pacientes que comparecem para consulta no ambulatório, emergência, internação e CAD; e
- IV - planejar, coordenar e executar os recursos para a execução da Assistência Social provenientes da Meta de Gestão B-403.

Art. 33. À Seção de Odontologia (UISM-12.3) compete, especificamente:

- I - realizar atendimento odontológico, em nível primário, à Tripulação e aos pacientes internados; e
- II - executar as ações preventivas preconizadas no Programa de Saúde Bucal, de acordo com as normas específicas em vigor.

Art. 34. À Seção de Nutrição e Dietética (UISM-12.4) compete, especificamente:

- I - elaborar cardápios balanceados do rancho geral e da dieta, observando os

fatores condicionantes do custo dos gêneros alimentícios;

II - orientar e supervisionar a confecção dos alimentos nas suas diversas etapas, de acordo com normas técnicas pertinentes, bem como o sistema de posicionamento e distribuição dos mesmos; e

III - prestar assistência nutricional à Tripulação e aos pacientes internados.

Art. 35. À Divisão de Farmácia (UISM-13) compete, especificamente, administrar as Seções de Farmácia (UISM-13.1) e de Distribuição de Medicamentos (UISM-13.2).

Art. 36. À Seção de Farmácia (UISM-13.1) compete, especificamente:

I - prever a demanda física, solicitar crédito correspondente, efetuar pedidos no SINGRA, receber, armazenar, distribuir e controlar os medicamentos; e

II - dispensar os medicamentos para as Unidades de Internação, Centro de Atenção Diária e Serviço de Emergência.

Art. 37. À Seção de Distribuição de Medicamentos (UISM-13.2) compete, especificamente:

I - dispensar os medicamentos à venda no SeDiMe;

II - implantar os respectivos descontos por intermédio do programa "e-consig"; e

III - dispensar os medicamentos que fazem parte do Programa de Medicamentos Especiais, gerando uma relação de indenizações mensais a serem implantadas pelo Informante Qualificado por meio das Indenizações Médico-Hospitalares (IMH) da UISM.

Art. 38. À Divisão de Enfermagem (UISM-14) compete coordenar e controlar a execução, pelos serviços subordinados, dos procedimentos afetos à sua esfera de responsabilidade.

Art. 39. À Seção de Assistência ao Paciente Interno (UISM-14.1) compete, especificamente, proporcionar assistência integral e ininterrupta aos pacientes.

Art. 40. À Seção de Assistência ao Paciente Externo (UISM-14.2) compete, especificamente, prover atividades essenciais ao paciente, ao nível de prevenção e proteção de saúde, diagnóstico e recuperação.

Art. 41. À Seção de Material Médico-Cirúrgico (UISM-14.4) compete:

I - providenciar a reposição do estoque de material médico-cirúrgico; e

II - coordenar a reposição, controle e armazenagem dos itens de material sob sua responsabilidade.

Art. 42. À Divisão do Centro de Atenção Diária (CAD) (UISM-15) compete:

- I - atender aos portadores de transtornos psíquicos, usuários do Sistema de Saúde da Marinha, maiores de 18 anos, proporcionando-lhes, bem como aos seus familiares, o tratamento por uma equipe interdisciplinar;
- II - estabelecer normas de atendimento utilizando as oficinas terapêuticas;
- III - programar e executar as visitas domiciliares;
- IV - programar e executar as atividades externas;
- V - fornecer e supervisionar a administração da medicação prescrita;
- e
- VI - oferecer atendimento individual aos pacientes e familiares, quando necessário.

Art. 43. À Seção de atividades instrumentais de vida diária e de vida prática (UISM- 15.1), composta pelos profissionais de Terapia Ocupacional, compete:

- I - executar e supervisionar a realização das oficinas terapêuticas de horta, costura, cantina, cozinha, marcenaria, carpintaria, *silk screen*, e reciclagem de material, além de atendimentos individuais ou em grupos no âmbito da Terapia Ocupacional;
- II - participar das reuniões de equipe;
- III - participar das reuniões mensais com os familiares dos usuários;
- IV - compor a equipe multiprofissional para a realização das visitas domiciliares;
- e
- V - compor a equipe de triagem de novos usuários.

Art. 44. A Seção de Apoio à Saúde (UISM 15.2) é composta por profissionais habilitados em Enfermagem, Serviço Social, Musicoterapia e Psicologia.

Art. 45. Compete à Enfermagem:

- I - compor a equipe multiprofissional para a realização das visitas domiciliares;
- II - coordenar, supervisionar e executar as ações de enfermagem relativas a administração de medicamentos;
- III - coordenar, supervisionar e executar as atividades do salão de beleza;
- IV - gerenciar a distribuição diária das praças EF do CAD;
- V - participar das reuniões mensais com os familiares dos usuários;
- VI - participar das reuniões de equipe; e

VII - compor a equipe de triagem de novos usuários.

Art. 46. Compete ao Serviço Social:

I - compor a equipe multiprofissional para a realização das visitas domiciliares;

II - oferecer atendimento e orientações aos usuários e familiares; e

III - participar das reuniões de equipe.

Art. 47. Compete à Musicoterapia:

I - participar das reuniões mensais com os familiares dos usuários;

II - participar das reuniões de equipe;

III - compor a equipe de triagem de novos usuários; e

IV - realizar atendimento individual e em grupo no âmbito da musicoterapia.

Art. 48. Compete à Psicologia:

I - realizar atendimento individual e em grupo no âmbito da Psicologia;

II - participar das reuniões de equipe; e

III - participar das reuniões mensais com os familiares dos usuários.

Art. 49. À Seção de Atividades Físicas, Recreativas e de Lazer (UISM-15.3), composta pelo profissional de Educação Física, compete:

I - realizar atividades físicas de esporte e lazer em grupo;

II - participar das reuniões de equipe;

III - participar das reuniões mensais com os familiares dos usuários;

IV - programar e coordenar as atividades externas; e

V - programar e coordenar as atividades terapêuticas de integração.

Art. 50. À Seção de Atividades Educacionais (UISM-15.4) compete:

I - realizar atividades individuais e em grupo no âmbito da Pedagogia e do Ensino;

II - coordenar atividades de Informática Educativa; e

III - coordenar as atividades de leitura e biblioteca.

Art. 51. Ao Departamento de Administração (UISM-20) compete, especificamente:

I - prover o apoio necessário às atividades administrativas da UISM;

II - supervisionar a segurança orgânica da UISM; e

III - assessorar o Diretor nos assuntos administrativos e econômico-financeiros da UISM.

Art. 52. Ao Centro de Processamento de Dados (UISM-20.1) compete, especificamente, coordenar, controlar e executar as ações relacionadas com o emprego da Informática na UISM.

Art. 53. À Divisão de Pessoal (UISM-21) compete, especificamente, exercer o efetivo controle de todo o pessoal civil e militar da OM, incluindo licenças, férias e outros afastamentos temporários do serviço.

Art. 54. À Seção de Pessoal Militar (UISM-21.1.0.1) compete, especificamente:

I - proceder ao respectivo lançamento nas Cadernetas-Registro de todas as alterações no fluxo de carreira do pessoal militar e manter atualizados seus registros;

II - elaborar e controlar as escalas de serviço de praças;

III - elaborar expedientes, relatórios, instruções, ordens de serviço e atos administrativos pertinentes aos militares da OM;

IV - acompanhar a publicação de Boletins Administrativos; e

V - controlar o trâmite de procedimentos disciplinares relativos aos militares.

Art. 55. À Seção de Pessoal Civil (UISM-21.2.0.1) compete, especificamente:

I - controlar os processos administrativos relacionados com o pessoal civil;

II - elaborar expedientes, relatórios, instruções, Ordens de Serviço e atos administrativos pertinentes aos funcionários civis da OM;

III - controlar a presença dos servidores; e

IV – controlar o trâmite de procedimentos disciplinares relativos aos servidores civis.

Art. 56. À Divisão de Serviços Gerais (UISM-22) compete, especificamente, executar os serviços de natureza geral da OM, manutenção dos equipamentos e ... omitido*.

Art. 57. À Seção de Transportes (UISM-22.1.0.1) compete, especificamente:

I - estabelecer normas e procedimentos para guarda, contabilização e conservação de combustíveis, lubrificantes e graxas utilizados na UISM;

II - consolidar a programação de saída de viaturas, mediante modelo próprio; e

III - manter as viaturas em condições de pronto emprego.

Art. 58. À Seção de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde (UISM-22.2.0.1) compete, especificamente:

I - manter o controle sobre os produtos químicos utilizados para a lavagem da roupa;

II - manter sempre o maquinário em boas condições de uso mediante o

planejamento e execução de rotina de manutenção preventiva; e

III - manter o controle de roupa estocada na rouparia geral.

Art. 59. À Seção de Manutenção Predial (UISM-22.3.0.1) compete, especificamente, providenciar a manutenção corretiva e preventiva dos bens móveis e imóveis da OM.

Art. 60. Omitido. *

Art. 61. À Divisão de Intendência (UISM-23) compete, especificamente, proporcionar serviços de apoio especializados nas áreas de Municciamento, Pagamento, Execução Financeira, Auxílio-Transporte, Conforto dos Pacientes e da Tripulação, e Licitações e Contratos.

Art. 62. À Seção de Execução Financeira (UISM-23.1.0.1) compete, especificamente:

I - Coordenar e controlar a execução do Plano de Ação da UISM;

II - gerenciar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros alocados à OM;

III - fornecer subsídios para a revisão do Plano de Ação;

IV - coordenar a execução do Programa de Aplicação de Recursos (PAR); e

V - assessorar o Conselho de Gestão.

Art. 63. Omitido. *

Art. 64. À Seção de Material (UISM-23.3.0.1) compete, especificamente:

I - processar a gestão dos bens patrimoniais em estoque e imobilizados na OM, de forma compatível com os sistemas contábeis existentes, Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) e os Sistemas de Controle de Material na MB, para que os fatos administrativos correspondentes sejam registrados e contabilizados do mesmo modo em todos os sistemas;

II - documentar, registrar e demonstrar os resultados dos atos e fatos administrativos relativos às transações efetuadas com os bens patrimoniais;

III - definir e controlar as responsabilidades pela gestão, uso, guarda e conservação dos bens móveis;

IV - manter atualizados os valores contábeis desses bens patrimoniais, em relação às variações da moeda em que são expressos e ao seu estado de conservação;

V - fiscalizar e efetuar a Tomada de Contas dos responsáveis por esses atos e fatos administrativos, quanto aos aspectos contábeis, formais e legais;

VI - produzir os Demonstrativos Contábeis requeridos pelo Controle Interno e Externo; e

VII - assessorar o Conselho de Gestão.

Art. 65. À Seção de Obtenção (UISM-23.5) compete, especificamente:

I - receber as solicitações de aquisições de materiais ou prestação de serviços, de todos os setores da UISM;

II - proceder a verificação da fase inicial da Despesa, concernente à determinação de necessidades e pesquisa de preços pelos setores, bem como obter autorização para realização da despesa junto ao Ordenador de Despesas;

III - proceder, desde que autorizada, a aquisição dos bens ou prestação dos serviços necessários à manutenção e funcionamento da OM; e

IV - assessorar o Conselho de Gestão.

Art. 66. À Seção de Licitações e Contratos (UISM-23.5.1) compete, especificamente:

I - elaborar os acordos e atos administrativos mencionados no inciso II do Art. 2º da Portaria nº 180/2001, do Comandante da Marinha, inclusive seus documentos decorrentes, para serem assinados pelo Ordenador de Despesas da UISM;

II - acompanhar a elaboração e a assinatura de acordos administrativos realizados na OM;

III - efetuar o devido controle dos atos decorrentes de Acordos Administrativos; e

IV - assessorar o Conselho de Gestão.

Art. 67. À Seção de Municiamiento (UISM-23.6) compete, especificamente, administrar a Gestoria de Municiamiento, a aquisição, a entrada e a saída de gêneros, controlar os estoques e realizar a confecção das refeições, de acordo com as normas em vigor.

CAPÍTULO III

Do Pessoal

Art. 68. O pessoal da UISM é constituído por militares e servidores civis do Comando da Marinha constantes da Tabela de Lotação (TL).

Art. 69. Os cargos previstos no presente Regimento Interno e detalhados na Tabela Mestre - Anexo B - serão preenchidos pelo pessoal alocado para a UISM pelo Setor de Distribuição de Pessoal (SDP), cabendo ao Diretor

determinar as acumulações que se fizerem necessárias.

Art. 70. Nas Funções Gratificadas (FG) e Funções Comissionadas Técnicas (FCT) serão indicados os servidores civis que mais se destaquem na execução de suas atribuições e aqueles que desempenhem funções que exijam maior grau de responsabilidade.

Art. 71. As indicações e as dispensas de servidores para as FG e FCT serão encaminhadas mediante sugestão do Encarregado da Seção do Pessoal Civil ao Diretor, observando-se a seguinte tramitação: Encarregado da Divisão de Pessoal, Chefe de Departamento de Administração e Vice-Diretor.

Art. 72. As FG e FCT distribuídas aos civis desta Unidade Hospitalar estão sujeitas a modificações, sempre que houver necessidade, cabendo ao Diretor, a qualquer momento, remanejá-las.

CAPÍTULO IV

Dos Deveres Funcionais

Art. 73. Compete ao Diretor (UISM-01):

- I - manter a hierarquia e disciplina com base no Regulamento Disciplinar da Marinha ao (RDM) e demais normas administrativas em vigor;
- II - encaminhar aos respectivos relatores os subsídios para o Plano de Ação;
- III - expedir ordens, instruções e normas sobre a execução dos serviços afetos ao estabelecimento;
- IV - convocar e presidir as reuniões do Conselho de Gestão em atividade;
- V - impor as penas disciplinares que se fizerem necessárias à manutenção da disciplina;
- VI - manter entendimentos com o Diretor do CMAM e com os demais titulares de OM sobre assuntos que lhes estejam afetos;
- VII - exercer as demais atribuições previstas nos Art. 5-2-3 c/c Art. 5-2-15 da OGSA;
- VIII - exercer, com relação aos Serviços Públicos Civis da União, as atribuições previstas em lei para Diretor, Chefe de Repartição ou cargo correspondente, em relação à UISM; e
- IX - exercer as funções de Ordenador de Despesas.

Art. 74. Compete ao Vice-Diretor (UISM-02):

- I - substituir o Diretor no seu impedimento;

- II - assessorar o Diretor na administração dos serviços e atividades do Hospital;
- III - disseminar as ordens emanadas pelo Diretor, bem como fiscalizar o seu cumprimento;
- IV - supervisionar as atividades administrativas da UISM;
- V - fazer cumprir as diretrizes do Diretor sobre a disciplina e aspecto militar da OM;
- VI - supervisionar o cumprimento das Ordens Internas e do Programa de Adestramento da OM;
- VII - comandar a parada diária e dirigir as fainas gerais;
- VIII - supervisionar as incumbências da OM;
- IX - integrar o Conselho de Gestão;
- X - exercer as atividades relativas ao Agente Fiscal;
- XI - receber, distribuir e controlar o pessoal pelos Departamentos e Seções, de acordo com as diretrizes do Diretor;
- XII - assinar os documentos que foram delegados competência por ordem; e
- XIII - cumprir os demais deveres previstos nos Art. 6-3-5 c/c Art. 6-3-7 da OGSA.

Art. 75. Compete ao Médico da Tripulação (UISM-02.1):

- I - prestar assistência médica a toda a Tripulação da UISM; e
- II - supervisionar e executar o cumprimento dos programas preventivos preconizados pelas normas específicas em vigor.

Art. 76. Compete ao Chefe do Departamento de Saúde (UISM-10):

- I - substituir o Vice-Diretor, no seu impedimento;
- II - assistir ao Vice-Diretor no exercício de suas atribuições;
- III - conduzir o planejamento necessário à solução dos assuntos pertinentes ou atribuídos ao Departamento;
- IV - efetuar os entendimentos externos determinados pelo Diretor;
- V - propor o assessoramento especializado que julgar necessário aos trabalhos conduzidos pelo Departamento;
- VI - expedir instruções internas sobre assuntos de interesse do Departamento;
- VII - participar das reuniões do Conselho de Gestão e ocupar seu posto nas fainas gerais, de emergência e qualquer outra tarefa que lhe for determinada pelo Diretor;
- VIII - submeter à apreciação do Diretor as ocorrências relativas ao pessoal e ao material do seu respectivo Departamento;

IX - presidir, coordenar e estimular as atividades relativas ao Ensino e Pesquisa;
e

X - cumprir os demais deveres previstos no Art. 6-4-5 da OGSA.

Art. 77. Omitido. *

Art. 78. Omitido. *

Art. 79. Competem às praças da UISM os deveres inerentes às funções previstas na Tabela Mestra - Anexo B.

Art. 80. Compete ao pessoal militar, além do disposto nos artigos anteriores deste Capítulo, os deveres estabelecidos na OGSA e outros fixados em Normas Específicas.

Art. 81. Compete ao pessoal civil, além do disposto nos artigos anteriores deste Capítulo, os deveres previstos no Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União (RJU), das Autarquias e das Fundações Públicas Federais e no Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal e outros fixados em Normas Específicas.

CAPÍTULO V

Das Substituições Funcionais Eventuais

Art. 82. Omitido. *

CAPÍTULO VI

Outros Assuntos

Art. 83. O presente Regimento Interno será complementado por Ordens Internas, baixadas pelo Diretor, sobre os assuntos necessários ao bom funcionamento da UISM, tais como Segurança e Guarda, Fainas Comuns e Especiais, Formaturas, Rotina, Rancho, Tramitação de Expedientes, Usuários Externos e Internos da OM, Deveres do Pessoal e outros. O Extrato da Tabela Mestra de Força de Trabalho, constante do Anexo B, poderá sofrer alterações em virtude das frequentes modificações efetuadas na TMFT da OM.

Anexos:

A) Organograma completo da UISM (Omitido*); e

B) Extrato da Tabela Mestra de Força de Trabalho. (Omitido*)

* Termos omitidos para preservar a segurança orgânica da Organização Militar.